

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Année 1901

THÈSE

N°

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue le Mercredi 3 Juillet 1901, à 1 heure

PAR

HENRI BAUDIN

Né à Paris, le 20 juillet 1874.

Ex-Interne des Hôpitaux du Havre.

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE DU TRAITEMENT
DE

L'INFECTION PUERPÉRALE

Président : M. TERRIER, professeur.

Juges : MM. PINARD, professeur.

BROCA (Aug.) et VARNIER, agrégés.

Le candidat répondra aux questions qui lui seront faites sur les diverses parties de l'enseignement médical.

PARIS

IMPRIMERIE DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE

L. BOYER

15, Rue Racine, 15

1901

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

N°

THÈSE

Année 1901

pour

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue le Mercredi 27 Juillet 1901 à 1 heure

par

Monsieur BALDIX

Docteur en Médecine le 20 juillet 1901

Les copies des thèses de Paris

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE DU TRAITEMENT

DE

L'INFECTION PUÉRÉRALE

Digitized by the Internet Archive
in 2026

Président : M. TERNIER, professeur

Juges : MM. PINARD, professeur

BROUHAUD et VARNIER, agrégés

Le candidat répondra aux questions que lui seront faites sur les thèses
portées de l'enseignement médical.

PARIS

IMPRIMERIE DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE

L. BOYER

15, Rue Racine, 15

1901

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Année 1901

THÈSE

No

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue le Mercredi 3 Juillet 1901, à 1 heure

PAR

HENRI BAUDIN

Né à Paris, le 20 juillet 1874.

Ex-Interne des Hôpitaux du Havre.

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE DU TRAITEMENT

DE

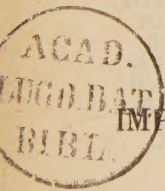
L'INFECTION PUERPÉRALE

Président : M. TERRIER, professeur.

Juges : MM. PINARD, professeur.

BROCA (Aug.) et VARNIER, agrégés.

Le candidat répondra aux questions qui lui seront faites sur les diverses parties de l'enseignement médical.



PARIS

IMPRIMERIE DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE

L. BOYER

15, Rue Racine, 15

1901

UNIVERSITÉ DE PARIS — FACULTÉ DE MÉDECINE

Doyen : M. BROUARDEL.

Professeurs

Anatomie.....	MM.	FARABEUF.
Physiologie.....		CH. RICHET.
Physique médicale.....		GARIEL.
Chimie organique et chimie minérale.....		GAUTIER.
Histoire naturelle médicale.....		BLANCHARD.
Pathologie et thérapeutique générales.....		BOUCHARD.
Pathologie médicale.....		HUTINEL.
Pathologie chirurgicale.....		BRISSAUD.
Anatomie pathologique.....		LANNELONGUE.
Histologie.....		CORNIL.
Opérations et appareils.....		MATHIAS DUVAL.
Pharmacologie et matière médicale.....		BERGER.
Thérapeutique.....		POUCHET.
Hygiène.....		LANDOUZY.
Médecine légale.....		PROUST.
Histoire de la médecine et de la chirurgie.....		BROUARDEL.
Pathologie expérimentale et comparée.....		N.
		CHANTEMESSE.
Clinique médicale.....		JACCOUD.
		HAYEM.
Clinique des maladies des enfants.....		DIEULAFOY.
Clinique de pathologie mentale et des maladies de l'encéphale.....		DEBOVE.
Clinique des maladies syphilitiques.....		GRANCHER.
Clinique des maladies du système nerveux.....		JOFFROY.
		FOURNIER.
Clinique chirurgicale.....		RAYMOND.
		TERRIER.
		DUPLAY.
		LEDENTU.
		TILLAUX.
Clinique ophthalmologique.....		PANAS.
Clinique des maladies des voies urinaires.....		GUYON.
Clinique d'accouchement.....		PINARD.
Clinique gynécologique.....		BUDIN.
Clinique chirurgicale infantile.....		POZZI.
		KIRMISSON.

Agrévés en exercice.

MM.	MM.	MM.	MM.
ACHARD.	DUPRE.	LEPAGE.	THIROLOY.
ALBARAN.	FAURE.	MARFAN.	THOINOT.
ANDRÉ.	GAUCHER.	MAUCLAIRE.	VAQUEZ.
BONNAIRE.	GILLES DE LA TOURETTE.	MENETRIER.	VARNIER.
BROCA Auguste.	HARTMANN.	MERY.	WALLICH.
BROCA André.	HEIM.	REMY.	WALTER.
CHARRIN.	LANGLOIS.	ROGER.	WIDAL.
CHASSEVANT.	LAUNOIS.	SEBILEAU.	WURTZ.
DELBET.	LEGUEU.	TEISSIER.	
DESGREZ.	LEJARS.	THIERY.	

Chef des travaux anatomiques..... M. RIEFFEL.

Par délibération, en date du 9 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A MES PARENTS

A MES AMIS

AMONSIEUR LE DOCTEUR ROBERT SOREL

Chirurgien des Hôpitaux du Havre.

334

A MES MAÎTRES DANS LES HÔPITAUX
DE LILLE ET DE PARIS

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE :

MONSIEUR LE PROFESSEUR TERRIER

Professeur de clinique chirurgicale à la Faculté de médecine de Paris,

Chirurgien de la Pitié,

Membre de l'Académie de Médecine,

Officier de la Légion d'honneur.

AVANT-PROPOS

Nous avons été frappés pendant notre internat dans les hôpitaux du Havre de voir un cas désespéré d'infection puerpérale guérir rapidement par l'application du drap mouillé. L'idée nous est venue de faire de ce mode de traitement le sujet de notre thèse. Les discussions intéressantes de la Société de chirurgie sur l'hystérectomie dans les cas d'infection puerpérale grave, nous ont déterminé à étudier les observations relatives. C'est ainsi que nous sommes arrivés à envisager tout le traitement de l'infection puerpérale. Nous n'avons pas la prétention de faire une étude complète de la question. Nous avons voulu avant tout examiner les diverses interventions proposées, grouper les résultats obtenus, tracer une ligne générale de conduite. Avant d'aborder notre sujet nous avons le devoir de remercier ceux qui nous ont dirigé dans nos études médicales.

Dans les hôpitaux de Lille, merci à MM. les professeurs Duret, Desplats et Augier, qui furent nos premiers maîtres.

Merci à MM. les professeurs Gaulard, Carlier. Phocas et Lemoine, pour les savantes leçons qu'ils nous ont prodiguées.

A nos maîtres de Paris, MM. les professeurs Tillaux, Bonnaire, Dejerine, Dieulafoy et Pouchet, auprès desquels nous avons passé une année, et dont nous avons goûté l'élévation de l'enseignement, nous offrons aussi l'hommage de notre reconnaissance.

Durant notre séjour dans les hôpitaux du Havre nous avons été successivement l'interne de MM. les docteurs Engelbach, Sorel et Lecène. Nous les remercions de leur excellente direction et de l'initiative personnelle qu'ils ont bien voulu nous laisser dans leurs services.

M. le docteur Sorel a daigné nous aider de ses conseils dans la composition de ce modeste travail ; nous ne saurions trop lui savoir gré de son dévouement et de son obligeance.

Nous ne pouvons oublier enfin nos amis Le Nouène et de Miranda, qui furent durant ces sept années d'études nos compagnons inséparables et auxquels nous envoyons un souvenir affectueux.

M. le professeur Terrier a bien voulu nous faire l'honneur de présider notre thèse ; qu'il veuille bien recevoir l'expression de notre respectueuse gratitude.

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE DU TRAITEMENT
DE
L'INFECTION PUERPÉRALE

INTRODUCTION

De tous les médicaments si nombreux préconisés jadis dans le traitement de l'infection puerpérale, il ne reste absolument rien. Les uns comme l'opium, l'aconit, les antispasmodiques en général ne s'adressaient qu'au symptôme douleur et n'arrivaient qu'à masquer la gravité du processus infectieux; les autres comme le mercure, l'acide salicylique, la térébenthine, se sont montrés tout à fait indignes de la réputation de spécifiques qui leur était prodiguée par certains auteurs. Le sulfate de quinine, le quinquina, l'acide phénique, l'alcool, ont survécu quelque temps comme antithermiques et toniques à la fois. Leur rôle d'anti-dépenseurs est nié des thérapeutes qui leur reconnaissent uniquement la propriété de procurer une excitation momentanée au préjudice de la santé générale. Comme antithermiques on ne les admet pas davantage. Ainsi que le dit le professeur Pouchet, ces médica-

ments font tomber la température dans les états infectieux parce qu'ils intoxiquent les centres nerveux.

Le remède vraiment efficace de la septicémie puerpérale serait celui qui détruirait dans l'organisme le germe infectieux ou neutraliserait l'action de ses toxines. Malheureusement, nous ne le possédons pas, et malgré les découvertes faites par Pasteur, Doléris et Widal des différents microorganismes qui sont la cause de l'infection puerpérale, le sérum curatif n'est pas encore connu. Des espérances ont été fondées longtemps sur le sérum antistreptococcique ; mais ni celui de Marmorek, ni celui de l'Institut Pasteur, ni celui du British institut n'ont donné de résultat dans les cas graves. Fry (20) cite une statistique de 35 pour 100 de mortalité ; Bar et Tissier (2) rapportent 13 cas dont 6 morts. Davis (12) et Barton Cooke Hirst (3) donnent une statistique presque aussi sombre. Ces tristes résultats s'expliquent facilement étant donnée la diversité des microbes trouvés dans les lochies fétides ; nous ajoutons que ce traitement peut être dangereux, puisque Gaulard, Bar et Tissier, citent deux cas dans lesquels la mort était due certainement au serum.

Laissant donc de côté cette question de sérothérapie désormais jugée, nous traiterons dans un premier chapitre du curettage ; nous nous occuperons ensuite de ce qu'on pourrait appeler les adjuvants du curettage ; le sérum artificiel et les bains froids ; nous étudierons enfin les essais nouveaux d'hystérectomie et de laparotomie.

CHAPITRE PREMIER

Du curettage de l'utérus.

Le curettage a été emprunté par les accoucheurs aux gynécologues. Vanté par quelques auteurs en France, puis complètement tombé dans l'oubli, il a été remis en honneur par Doléris (15) en 1886. Celui-ci en exposa les avantages à la société d'obstétrique et de gynécologie du 11 mars, la même année. Il rencontra beaucoup d'adversaires, et longtemps encore on fut divisé en France sur cette question. Les partisans de l'autre méthode, parmi lesquels nous citerons Tarnier et Pinard, se bornaient à pratiquer l'irrigation intra-utérine continue. Celle-ci combattant l'infection, favorisant à la fois l'élimination des produits putréfiés donne encore d'excellents résultats à la maternité Baudelocque.

En Allemagne, l'intervention par la curette fut adoptée rapidement par les accoucheurs, qui la firent suivre dans les cas d'avortements de la cautérisation par l'acide phénique et le perchlorure de fer. Prochow-

nick (36), en 1883, rapporte vingt-cinq cas de curettage avec trois guérisons. Mosès (27), en 1884, formule ainsi le traitement de l'avortement incomplet : curettage, injection intra-utérine et cautérisation de muqueuse. Browne (7) donne le précepte en 1886, de se servir de la curette au cas d'avortement, et d'employer le doigt après les accouchements.

A la suite du mémoire de Doleris, beaucoup d'accoucheurs se sont ralliés à sa méthode, et le curettage fut regardé par la plupart des auteurs comme la ressource ultime pour débarrasser l'utérus à la suite d'une rétention du placenta ou des membranes. Patru (28), en 1896, est d'avis de pratiquer un curettage précoce dans tous les cas d'avortement sans attendre la moindre élévation de température. R. Sorel (du Havre) et Hamon (42) et (24) la même année, concluent dans le même sens. « Après l'avortement des deux premiers mois le curettage doit être préféré à la délivrance artificielle. »

Cependant cette méthode si vantée par un grand nombre d'accoucheurs pour son efficacité et sa simplicité a conservé des ennemis irréconciliables. En 1898, Fritsch et Olshausen se prononcent contre le curettage. Ils croient qu'il est impossible de curetter toute la muqueuse à cause des plis et des sinus. Les solutions de continuité produites par la curette ou un instrument quelconque introduits dans la cavité utérine sont une porte d'entrée pour les germes infectieux. Cette opinion est aussi celle de Gouzartschik (22), qui se contente du drainage capillaire de l'utérus. Les craintes

de ces auteurs ne reposent que sur des données théoriques. Il suffit de jeter les yeux sur les courbes thermiques des femmes qui ont subi un curettage pour voir que l'intervention amène presque toujours une chute de la température. Personne n'a prouvé que le passage de la curette dans l'utérus ait déterminé une augmentation de la fièvre et un état général plus grave. Durhssen (17), en 1899, reprend le reproche formulé déjà par Gessner et accuse le curettage de produire fréquemment des perforations de l'utérus ; il cite une opération commencée par le curettage et terminée par l'hystérectomie vaginale qui montra l'utérus arraché dans plusieurs endroits. Dans toutes les observations relatées d'hystérectomie vaginale ou abdominale l'utérus a été trouvé très friable et l'adhérence intime de la muqueuse et du placenta indique assez que la curette peut facilement blesser l'utérus si elle n'est maniée avec grande précaution. Cependant les cas relatés de perforation sont rares. Feinberg (18) pense que celle-ci ne peut se produire que par des manœuvres trop brusques de l'opérateur, et il croit que la curette est encore l'instrument de choix pour débarrasser la cavité utérine. D'après lui, le curettage est bien préférable au curage digital qui fatigue la malade et nécessite des manœuvres plus prolongées. Nous avons eu l'occasion de voir dans le service du docteur Sorel son interne pratiquer sous chloroforme un nettoyage par le doigt de l'utérus à la suite d'une rétention post-puerpérale ; et alors que l'opérateur était convaincu d'avoir complètement débarrassé la cavité utérine, le

chef de service ramenait encore par la curette de nombreux débris de placenta ou de membranes. Le curage digital nous semble convenir seulement aux cas où il reste dans l'utérus quelques heures après l'accouchement un fragment placentaire. Le doigt, en même temps qu'il saisit ce fragment, provoque de la part du muscle utérin des contractions qui aident la délivrance, et l'intervention ressemble alors au pétrissage recommandé par Budin et Bonnaire pour faciliter l'expulsion du placenta aussitôt après l'accouchement. Mais dans le cas que nous avons en vue il s'agit moins d'une rétention que d'une infection de la muqueuse utérine, et la curette par son action sur les couches superficielle de celle-ci nous semble préférable au doigt.

Carteret (10) en 1900, rappelle encore les inconvénients du curettage, et le qualifiant de procédé aveugle, il vante l'expression abdomino-vaginale de l'utérus préconisée par Budin, en la faisant suivre au besoin d'un écouvillonnage de la cavité utérine. Nous reconnaissons encore que cette manœuvre peut suffire lorsqu'il s'agit seulement de débarrasser l'utérus avant l'apparition de phénomènes graves; mais Carteret avoue lui-même que l'écouvillonnage doit être fait préventivement, et même alors, n'arrive pas toujours à empêcher l'infection de se produire. Ajoutons qu'il nous semble plus difficile de saisir par le doigt ou l'écouvillon de Doléris quelques débris de membrane.

On a encore reproché à la curette de produire l'hémorragie ou de la rendre plus abondante. Nous n'avons jamais vu cet inconvénient se produire. A la

fin d'un curettage, nous avons assisté à une hémorragie survenue brusquement qui pouvait inspirer des craintes à causes du mauvais état général de la malade. Au moment où l'opérateur se préparait à faire un tamponnement du vagin, l'hémorragie s'arrêta subitement. Il est certain que le tranchant de la curette peut blesser des vaisseaux d'une certaine importance, mais on comprend aussi que le râclage amène des contractions du muscle utérin, et soit hémostatique au même titre que la main dans la délivrance artificielle.

Nous croyons donc que le curettage est la méthode de choix dans le traitement de l'infection puerpérale. Cette intervention amène le plus souvent la chute de la température en lysis. On trouve pourtant quelquefois une défervescence brusque avec disparition subite de tous les phénomènes graves. Nous voyons dans la thèse de Hamon, un exemple saisissant de ce mode de guérison.

OBSERVATION I, publiée in *Hamon thèse de Paris* 1896.

Fausse couche de trois mois. Rétention placentaire, fièvre. Douleur dans le ventre. Curettage. Ablation du pansement intra-utérin huit jours après. Guérison.

Madame Lefe, âgée de 25 ans, est d'une santé assez délicate sans toutefois être malade. Elle eu sa première grossesse en 1893, pendant cette grossesse elle eut des douleurs continues dans le ventre et des vomissements fréquents. L'ac-

couchement à terme s'est passé normalement : les suites de couches ont été bonnes. L'enfant est bien portant. La deuxième grossesse a eu lieu en 1894 ; même état douloureux et mêmes vomissements, accouchement et suites de couches normaux.

L'enfant est mort de diphtérie.

Il y a deux mois, elle est redevenue enceinte ; pendant ce début de grossesse elle a eu de nouveau des vomissements fréquents, elle était affaiblie. Il y a quinze jours elle a fait un voyage à la suite duquel les vomissements ont cessé : après son retour elle était très fatiguée et très faible.

Le mardi soir 30 juillet 1895 elle a commencé à ressentir de très vives douleurs dans le ventre.

Le mercredi 31, aux douleurs s'ajoute une diarrhée abondante.

Le 1^{er} août à cinq heures du soir, elle fait une fausse couche.

Le docteur Lausiès n'a pu avoir le placenta qui est resté inséré dans la cavité utérine.

Il fait faire des injections d'eau phéniquée.

La nuit, la malade a souffert de violents maux de tête.

Le vendredi matin 2 août, la malade a eu de fortes coliques et a rendu un caillot sanguin ; sa température est élevée et elle a toujours des douleurs dans le ventre.

A cause de la fièvre, des douleurs et de la rétention placentaire le docteur Lausiès appelle le docteur Sorel en consultation. Ce dernier partageant l'avis de son confrère, estime qu'il y a lieu de faire un curetage pour enlever le placenta et désinfecter la cavité utérine.

A cause de l'état de faiblesse de la malade, M. Sorel procède

à l'opération sans anesthésie. Savonnage du périnée, de la racine des cuisses et du vagin. Lavage au sublimé à 1/000^e. Le col est amené à la vulve par une pince à traction ; la curette débarrasse l'utérus du placenta : injection de sublimé dans la cavité utérine, tamponnement avec du chlorure de zinc en solution au 1/10 ; mèche iodoformée dans la cavité utérine un feuillet de gaze iodoformée sur la vulve et ouate hydrophile.

La malade est reportée dans son lit ; elle a encore des frissons et 40° de température ; la nuit elle a des sueurs abondantes.

3 août. — Ce matin la malade va bien, pas de douleur abdominales, température et pouls normaux (T. 36° 2).

État très bon, la malade est purgée.

4 août. — On commence à alimenter la malade, lait, bouillon et œufs.

10 août. — Le huitième jour, le pansement est fait ; jusqu'à ce jour on s'était contenté de toilettes vulvaires, — injection vaginale de sublimé, les mèches intra-utérines sont enlevées, l'utérus est revenu sur lui-même.

État général très bon, guérison.

Malheureusement le curettage ne produit pas toujours ce résultat favorable. Souvent l'infection est trop profonde, la température ne baisse pas du tout, ou bien après une amélioration de quelques heures, les symptômes reprennent leur gravité. Dans ces cas le processus septique a dépassé la muqueuse utérine, il ne s'agit plus d'une lésion superficielle accessible à la curette ; une intervention plus sérieuse peut seule sauver la vie de la malade.

Quelques chirurgiens ont préconisé alors un second curettage. On trouve en 1898 une observation de Fieux (19) qui n'a pas hésité à introduire trois fois la curette dans la cavité utérine. Les deux premières fois l'instrument ramena des débris placentaires, la troisième fois des débris blanchâtres d'apparence sphacélée. La température après une chute de quelques dixièmes de degrés remontait subitement à la suite; de la troisième intervention elle resta à la normale. L'auteur conclut que l'ascension de la température est le témoignage certain d'une désinfection insuffisante et qu'il ne faut pas hésiter à introduire la curette à nouveau. Pinard recommande de ne pas faire plus de deux curettages, et nous croyons que pratiquer plusieurs fois cette intervention, c'est s'exposer suivant le mot de Doléris à « gratter dernière l'ennemi la place où il a passé ».

Pinard et Wallich en 1896 (32) préconisent les irrigations continues après le curettage comme le seul mode d'action contre l'infection générale. A la clinique Baudelocque on emploie la solution de bi-iodure de mercure à 1/2.000 dédoublée par l'addition d'une égale quantité d'eau chaude, ce qui fait une solution à 1/4.000°. Tarnier se servait pour ces injections intra-utérines de permanganate de potasse en solution à 1/2.000°. On a préconisé l'acide phénique, aujourd'hui abandonné de presque tous les chirurgiens et les accoucheurs, à cause des phénomènes d'intoxication qu'il détermine. Le sublimé à 1/5.000° a été délaissé pour les mêmes raisons après avoir paru quelque temps le meilleur des anti-

septiques. Nous avons lu dans la thèse de M. Audibert soutenue à Bordeaux en 1890, plusieurs observations où les lavages intra-utérins aux solutions de sublimé fortes (1/2.000^e) n'ont produit aucun abaissement de la température après le curettage. Dans les observations suivantes, plusieurs injections ont été faites, très abondantes dans la cavité utérine. Celles qui ont été pratiquées avant le curettage n'ont produit aucun résultat, celles qui ont suivi l'intervention semblent avoir contribué à la défervescence.

OBSERVATION II personnelle. — (Due à l'obligeance de M. le D^r Sorel).

Fausse couche de quatre mois. Curettage. Injections intra-utérines. Guérison.

M^{me} D... Augustine, 28 ans, domestique, habitant Le Havre rue Jacques Gruchet, entre le 17 août au pavillon C, à l'hôpital Pasteur, où elle traitée pour tuberculose pulmonaire. Elle y reste cinq jours. Chaque soir, durant ce laps de temps, sa température approcha 40°.

Le 21 août, à 8 heures du soir, elle est prise soudain d'une hémorragie utérine. et expulse un fœtus de 4 mois environ. La plus légère traction sur le cordon le sépare, le placenta étant très adhérent. L'interne de service s'abstient dès lors de toute intervention, et le lendemain 22 août, cette femme est transférée en chirurgie.

Le pouls est à 140, la température de 35°2.

La délivrance artificielle est pratiquée après la dilatation

digitale du col, et la plus grande partie du placenta retirée,

Injection intra-utérine de six litres de sublimé à 0 gr. 25 pour 1.000.

500 gr. de sérum artificiel. Champagne.

Piqure de caféine et piqure d'éther.

Dans la journée, à différentes reprises, sérum artificiel Le soir, amélioration de l'état général.

Le 23 août. — Température 39°4 le matin. Un curetage jugé nécessaire est alors pratiqué après dilatation du col. Celui-ci est excorié sur tout le pourtour de son orifice utérin. De nombreux débris placentaires sont ramenés. Lavage intra-utérin et injection au chlorure de zinc. Un drain est placé dans l'utérus et de l'ouate est appliquée sur la vulve.

500 gr. de sérum artificiel. Champagne et injection de sublimé.

Le 24 août. — Le matin, injection de sublimé La température est encore élevée, 39°.

L'après-midi, injection intra-utérine.

La malade a de la congestion pulmonaire.

Le 25 août. — Injection intra-utérine, 500 gr. de sérum artificiel et injection de sérum de Marmorek.

Le 30 août. — Amélioration notable.

Le 5 septembre, on enlève le drain.

Le 7 septembre. — La malade repasse en médecine pour soigner sa tuberculose.

Nous présentons deux autres observations dans lesquelles, après une défervescence manifestement due au curetage, la température est remontée et a cédé ensuite aux irrigations intra-utérines.

OBSERVATION III Personnelle. (Due à l'obligeance
du docteur Sorel.)

*Avortement. Curettage. Déservescence. Nouvelle ascension
thermique. Injection intra-utérine. Guérison.*

La nommée Ernestine L., 25 ans, journalière, demeurant au Havre entre le 2 août 1898, à l'hôpital Pasteur, pavillon D dans le service de M. le docteur Sorel.

Elle a toujours été régulièrement réglée depuis l'âge de 17 ans et n'accuse aucune maladie antérieure.

Il y a deux ans, elle a accouché à 6 mois et demi d'un enfant mort. Les suites de couches ont été bonnes.

La malade a eu ses dernières règles du 26 avril au 3 mai.

Le 27 juillet à la suite d'un effort elle fit une perte très abondante, garda le lit durant deux jours, après quoi elle reprit ses occupations, le 29 l'hémorragie recommence pour ne plus disparaître et le 2 août elle entre à l'hôpital sans avoir vu un médecin.

A son entrée, température 40°, pouls petit et rapide; douleurs de ventre et pertes de sang par suintement. Au toucher on trouve le col ouvert, l'utérus un peu gros, mobile les annexes libres.

On pratique de grandes injections chaudes de sublimé.

Le 5 août, on fait prendre à la malade un grand b.in et on lui donne un purgatif.

Le 6 août, on administre le chloroforme et on fait un curettage, après quoi un drain est laissé à demeure. A son réveil, la malade se trouve bien. Le 6 au soir, la température tombe à 38,2.

Le 7 août à la même heure, elle n'est plus que de 37,5.

Le 8 août, la température étant plus élevée on ordonne des injections intra-utérines que l'on renouvelle chaque jour.

Le 13 août, la température est encore à 39°.

Le 15 août, le drain est expulsé de l'utérus. Injections intra-utérines au moyen de la sonde de Doléris.

Le 18 août, la température descend, on continue les injections intra-utérines.

Le 24, la malade n'a plus de température, son état général est bon, lavages intra-utérins avec la sonde de Doléris.

Le 26, la fièvre disparaît complètement, température 36,3. Injections intra-utérines.

Le 29, la malade sort guérie après avoir pris sa dernière injection intra-utérine.

OBSERVATION IV personnelle. — (Due à l'obligeance de M. le docteur Sorel.)

Fausse couche de trois mois. Curetage. Defervescence. Nouvelle ascension thermique. Injection intra-utérine. Guérison.

Le 10 novembre 1897 à 4 heures de l'après-midi, on vient demander au docteur Sorel de se rendre auprès de madame P. 22 ans, qui fait une fausse couche de 3 mois environ. Le fœtus est bien expulsé, le cordon pend entre les jambes, mais le placenta reste dans l'utérus et aucune douleur ne se reproduit. A 7 h. du soir l'utérus est inerte. La malade a perdu peu de sang.

Le docteur Sorel après [avoir fait désinfecter la vulve administre une injection vaginale de sublimé à 1 p. 2000.

Le 11, bon état, mais l'utérus reste inerte, température normale, deux fois dans la journée lavages vulvaires, et injections vaginales, de plus, lavement à la glycérine

Le 11 au soir, la température monte, la malade a un frisson et le docteur constate la fétidité des lochies. Il propose alors le curettage ; la malade et son entourage refusant pour le soir même, l'opération est remise au lendemain matin.

Le 12, le curettage est pratiqué sans anesthésie. Injection intra utérine, lavage de l'utérus au chlorure de zinc, drain intra-utérin, mèche vaginale. Le soir, la température est tombée à la normale, mais la malade accuse de la céphalalgie.

Le 13, le matin, la température atteint 38°. Purgation, la mèche vaginale est retirée, et deux fois dans la journée on fait des lavages et injections. Le soir, température 38° 9.

Le 14, M. Sorel pratique le matin une injection intra-utérine, le soir on fait une injection vaginale, température 39° 2.

Le 15, comme la veille, injection intra-utérine dans la matinée.

Le 16, la fièvre persiste le matin avec céphalalgie intense. Dans la journée la température commence à baisser. Le soir, température, 38° 2

Le 17, température normale, l'utérus est petit et rétracté, la malade a encore expulsé quelques caillots.

Le 18, même état.

Le 19, la malade a une hémorragie assez abondante.

Le 20, plus de pertes de sang, très bon état général. Le soir 37° 8.

Le 27, du 20 au 27, température normale, très bon état. Guérison

Dans l'observation II, les injections intra-utérines ont été faites à une solution faible de sublimé ; dans l'observation III, le docteur Sorel a fait pratiquer les irrigations à l'eau stérilisée. D'après le résultat obtenu et suivant sa pratique générale, dans toutes les infections, ce chirurgien pense que les injections agissent seulement par action mécanique. Ceci peut expliquer comment elles n'abaissent la température que dans les infections légères ou à la suite d'un curettage, c'est-à-dire dans les cas où la fièvre est due à de la rétention.

Dans le même but de drainage, nous avons vu dans le service du docteur Sorel, faire suivre tous les curettages de l'établissement du drain qui doit rester dans le col jusqu'à la disparition complète des symptômes d'infection.

Au point de vue du procédé opératoire, nous trouvons simple et complet celui qui est exposé dans la thèse de Hamon. Nous croyons seulement contre l'avis de cet auteur, qu'il est préférable d'endormir la malade. L'anesthésie générale nous paraît indiquée dans une opération qui nécessite une grande immobilité de l'opérée, et quant au reproche formulé par M. Pinard à la narcose, de produire des hémorragies plus abondantes, il ne nous semble pas de nature à nous faire changer d'opinion d'après les faits observés.

CHAPITRE II

Des bains froids et du sérum artificiel.

Lorsque l'effet que nous attendions du curettage ne s'est pas manifesté, nous devons chercher ailleurs le moyen de lutter contre l'infection et de relever les forces de la malade.

Les bains froids et le sérum artificiel rempliront cette indication dans certains cas. Chabert (12) dans sa thèse, très documentée, parue en 1884 à Lyon, sur le traitement de l'infection puerpérale par les bains froids, a fait une très belle étude de la question.

Comme il le dit très bien, avant M. le professeur Vincent de Lyon, par qui sa thèse était inspirée, personne n'avait songé à appliquer d'une manière méthodique les bains froids dans le traitement de l'infection puerpérale ; tous avaient reculé devant leur emploi impossible, sinon dangereux d'après eux. Stolz les trouve un moyen héroïque, mais trop chanceux, réservé aux cas désespérés.

Playfair (33) vante les applications externes de froid sur le corps, mais exclut les bains froids.

Schröder (40), est le seul auteur qui recommande fortement les applications externes de froid dans le traitement de la fièvre puerpérale.

La technique préconisée par Vincent est la même qui a été réglée par Brand pour la fièvre typhoïde et vulgarisée par l'Ecole lyonnaise. Cependant Vincent prescrit d'abord des bains à 26° faisant abaisser ensuite la température jusqu'à 18°.

Nous ne saurions mieux faire pour montrer la défervescence qu'il a obtenue par ce moyen que de relater quelques-unes des nombreuses observations de la thèse de Chabert.

OBSERVATION V. — *In thèse de Chabert. Lyon 1884.*

Fièvre puerpérale. Frissons. Délire. Bains froids. Guérison.

Marie P..., âgée de 24 ans, primipare, entre à la Maternité le 17 mars 1884.

Pas d'antécédents pathologiques. Grossesse bonne. Accouchement normal le 19 avril.

Délivrance naturelle. Pas d'albumine dans les urines

20 avril. — Température 37° 3. Injection et pansement sublimés.

21 avril. — Température 37°. Injection et pansement sublimés.

22 avril. — Température 37° 4. Sécrétion laiteuse.

23 avril. — Température 37° 8.

24 avril. — Frissons, puis accès de fièvre et délire. Température 40°. Thé au rhum. -- Soir : température 39° 8.

25 avril. — Température $38^{\circ} 4$. La malade va mieux.

27 avril. — Injection et pansement sublimés.

28 avril. — La température remonte à 40° .

29 avril — La température se maintenant élevée, on met la malade aux bains froids.

3 mai. — La température qui était descendue à $38^{\circ} 6$ est remontée. La malade ne délire plus. Langue saburrale, rouge à la pointe. Quelques coliques. La malade n'a pas eu de selles depuis trois jours, lavement émollient.

6 mai. — Toux: point thoracique à gauche. Quelques filets de sang dans les crachats. Rien à la percussion.

A l'auscultation, signes de bronchite des deux côtés avec râles sous crépitants et sibilants.

12 mai. — État général bon. L'appétit est revenu; la toux a disparu.

22 mai. — La malade, complètement rétablie, quitte l'hôpital.

Tableau comparatif de la température prise avant et après chaque bain.

		TEMPÉRATURE		DATES	
		Rectale			
		Avant le bain	Après le bain		
				Accouche ment le 49 avril 1884	
Bains à 28°.	}	1 ^o bain.....	40°0	30°6	29 avril 10 h. m.
		2 ^o bain.....	41°0	40°2	29 — 3 h. s.
		3 ^o bain.....	40°0	39°2	29 — 10 h. s.
		4 ^o bain.....	40°4	39°4	30 — 11 h. m.
		5 ^o bain.....	40°2	39°	30 — 3 h. s.
Bains à 25°.	}	6 ^o bain.....	39°9	38°4	30 — 9 h. s.
		7 ^o bain.....	41°0	40°0	1 ^{er} — 3 h. s.
		8 ^o bain.....	40°2	39°0	3 — 3 h. s.
		9 ^o bain.....	40°4	40°0	3 — 3 h. s.
		10 ^o bain.....	40°0	39°0	4 — 9 h. m.
		11 ^o bain.....	39°2	38°0	5 — 3 h. s.

OBSERVATION VI. — *In thèse de Chabert. Lyon 1884.*

Jeanne Marie D..., âgée de 20 ans, primipare, entre à la Maternité le 26 avril 1884.

Santé habituelle, bonne. Pas d'antécédents pathologiques. Grossesse bonne.

26 avril. — Accouchement normal. Délivrance naturelle. Déchirure de la fourchette. Injection et pansements phéniqués. Température 37° 3.

27 avril. — Température 37° 8. Lochies séro-sanguines assez abondantes. L'utérus est à deux travers de doigt au dessous de l'ombilic. La malade urine seule. Pas de selles.

38 avril (matin). — Température 38° 6. Légère transpiration cette nuit. La régression utérine se fait lentement. Lochies séro-sanguines peu abondantes. Ventre douloureux à la pression et légèrement ballonné.

Cataplasmes émollients. Lavement suivi de plusieurs selles. Purgation Candy. Injection et pansement phéniqués. — Soir : température 39°.

1^{er} mai. — Nuit bonne. Ventre non douloureux. Lochies séreuses peu abondantes. Injection et pansement phéniqués. Température 38°.

4 mai (matin). — Température 39° 5. La malade a des frissons. Vomissements alimentaires et bilieux. Douleurs vives dans tout l'abdomen. Lochies séreuses sans odeur. — Soir : température 41°.

6 mai. — Les vomissements continuent encore le matin. Température 39°. Le ventre est légèrement ballonné. — Soir : température 41°. On met la malade aux bains froids. Dans l'in-

tervalle des bains, on tient constamment appliquée sur le ventre une vessie remplie de glace.

8 mai. — La température est tombée ; on cesse les bains froids et les applications de glace. Le ventre est toujours douloureux à la pression. On ne sent pas d'empatement dans les fosses iliaques. Rien au toucher dans les culs de sac. En un mot, pas de localisation.

14 mai. — Amélioration très marquée.

19 mai. — La malade est en pleine convalescence. Le ventre est redevenu souple et non douloureux.

24 mai. — La malade se lève deux heures sans fatigue.

26 mai. — Guérison complète.

Tableau comparatif de la température prise avant et après chaque bain.

		TEMPÉRATURE Rectale		DATES Accouchement le 26 avril 1884
		Avant le bain	Après le bain	
Bains à 28°.	1 ^o bain.....	41°0	39°5	5 mai 3 h. s.
	2 ^o bain.....	41°3	40°0	5 — 9 h. s.
	3 ^o bain.....	40°0	38°6	6 — 1 h. m.
	4 ^o bain.....	39°6	38°9	6 — 4 h. m.
	5 ^o bain.....	39°5	38°8	6 — 9 h. m.
Bains à 25°.	6 ^o bain.....	40°2	39°5	6 — 3 h. s.
	7 ^o bain.....	40°6	39°4	7 — 3 h. m.
	8 ^o bain.....	39°8	38°5	7 — 3 h. s.
	9 ^o bain.....	39°8	38°9	8 — 8 h. s.
	10 ^o bain.....	39°6	38°0	

L'action du bain froid dans la fièvre puerpérale est la même que dans toutes les infections. Le résultat le plus manifeste de cette méthode est l'abaissement de la température. Un mémoire très intéressant d'Aubert sur le physiologie des bains froids, montre les oscillations de la température centrale et de la température périphérique à différents moments du bain ; lors de l'immersion, la chaleur centrale s'élève et la chaleur périphérique s'abaisse ; l'effet inverse se produit à la sortie. Ces variations sont certainement sous la dépendance des phénomènes circulatoires, le froid produisant une diminution de la circulation périphérique accompagnée d'une accélération de la circulation profonde et la réaction amenant les phénomènes inverses. Ces faits d'oscillations mis à part, il est certain que la température s'abaisse d'une façon générale à la suite du bain froid.

Cette défervescence de quelques heures est salutaire au malade qui prend immédiatement un état général meilleur et malgré les hypothèses de certains physiologistes qui voient dans l'état fébrile une réaction utile de l'organisme il est très légitime de croire avec Glénard, en s'inspirant des idées pastoriennes, que la chute de la température est une condition défavorable pour la prolifération microbienne. Le bain froid en soustrayant au malade un certain nombre de calories diminue la résistance des germes : il agit à ce point de vue à la façon d'un spécifique, d'un moyen thérapeutique qui s'attaque à la cause de la maladie.

En outre de cette action anti-microbienne, la réfrigé-

ration est un tonique parce qu'elle active le renouvellement de l'air dans les vésicules, parce qu'elle augmente l'oxygénation du sang (Quinquand) ; elle est un diurétique pouvant élever la quantité de l'urine jusqu'à trois ou quatre litres en 24 heures.

Les résultats obtenus par le professeur Vincent ont été magnifiques. puisque sur 28 observations de femmes traitées suivant sa méthode de réfrigération, il n'accuse qu'un seul cas de mortalité. Et cependant il a appliqué la balnéation aux cas les plus divers et les plus graves d'infection puerpérale. C'est ainsi qu'il cite deux cas de phlegmons des ligaments larges, qui tous deux à la suite des bains se sont terminés par résolution, ce que nous considérons comme l'effet d'un heureux hasard qui servit M. le professeur Vincent.

Nous partageons les conclusions de ce chirurgien en faisant les restrictions suivantes.

1° Il est préférable de ne pas attendre que la malade ait 40° de température pour appliquer les bains froids. La réfrigération ici comme dans la fièvre typhoïde est utile dès le début de l'affection : elle a beaucoup plus de chances de réussir avant que tout l'organisme soit gravement infecté ;

2° Il est inutile de perdre un temps très précieux à employer l'alcool et la quinine qui ne peuvent être que dangereux.

3° Grâce aux progrès de la chirurgie, il est indiqué dans la plupart des cas de phlegmons des ligaments larges ou d'autres collections purulentes d'intervenir directement.

Lors de l'épidémie de la Maternité de Lyon en 1884. Le traitement par les bains froids fut établi systématiquement pour tous les cas. La statistique de Vincent est si belle, qu'il est difficile de savoir quelles sont les formes d'infection puerpérale qui se sont montrées le plus sensibles à cette médication. Ce chirurgien a conclu seulement que la péritonite généralisée ne retire aucun avantage de l'emploi des bains froids.

C'est aussi l'opinion de Brehier (6), qui dans sa thèse inaugurale en 1899, cite un certain nombre de cas d'infection puerpérale traités par la balnéation. L'auteur ajoute que le froid donne les meilleurs résultats dans l'infection généralisée. Il constitue alors avec le sérum artificiel le traitement unique de l'affection. Dans les infections localisées, c'est un bon adjuvant des irrigations et du curettage qui prennent alors la première place.

Nous croyons aussi que la réfrigération est surtout indiquée dans cette forme de maladie post-puerpérale ou l'état général est très grave, la température très élevée, les symptômes nerveux prédominants et où le curettage ramène peu ou même pas du tout de débris placentaires.

Dans ces cas, Pinard est d'avis de pratiquer le curettage, alors même que l'instrument ne fait rien sortir de la cavité utérine. Il est certain que l'utérus étant le point de départ de l'infection, il semble qu'il y ait avantage à agir localement. Mais il est possible aussi que dans ces formes graves d'infection puerpérale le processus soit si rapide qu'il ne détermine que des

lésions très légères de la muqueuse utérine et envahisse au contraire avec violence l'état général. L'infection se comporte alors comme les septicémies chirurgicales qui peuvent éclater, ou demeurer longtemps très graves, après l'opération qui supprime radicalement la cause de tous les phénomènes. Nous avons vu dans le service du docteur Sorel un homme, qui avait subi l'amputation du bras à la suite d'un traumatisme, présenter pendant plusieurs jours du délire, une température de 40°, un état général très mauvais : cependant la plaie opératoire était très belle et la réunion se fit par première intention. Ce malade fut traité par le froid et alors que toute médication était impuissante à calmer son délire et à faire baisser la température, les lotions froides produisirent un effet excellent.

Nous relatons ici l'observation d'une femme qui entra dans le service du docteur Sorel pour des phénomènes très graves d'infection puerpérale. Toutes les médications essayées le furent sans résultat : le drap mouillé amena une guérison sur laquelle on n'osait plus compter.

OBSERVATION VII personnelle. — (Due à l'obligeance du D^r Sorel).

Accouchement. Résultats nuls des divers traitements. Drap mouillé. Guérison.

M^{me} H... Marie, quai de Saône, 25 ans, primipare, entre à l'hôpital Pasteur, au pavillon D, service de M. le docteur Sorel, le 24 septembre 1900.

Cette femme qui a accouché le mardi 18 septembre, entre dans le service dans un état absolument comateux et ne peut donner aucun renseignement. Elle a eu paraît-il de la fièvre la veille et l'avant-veille. On lui fait une injection de sérum de Marmorek de 0,10 cc. et 500 gr. de sérum artificiel.

M. le docteur Sorel appelé auprès de la malade, pratique un curettage qui ramène peu de débris placentaires. Le pourtour du col est excorié et on constate une déchirure de la fourchette de la vulve.

Nouvelle injection de sérum de Marmorek, et nouvelle injection de sérum de Hayem. Température 40°2.

Le soir, la malade commence à délirer. Piqûre de morphine. Le délire s'accroît jusqu'à 2 heures du matin, 25 septembre, la malade chante sans interruption.

Le 25 septembre. — Injection intra-utérine, injection de sérum de Hayem 500 gr.

Le 26. — Injection intra-utérine, injection de sérum de Hayem 500 gr, comme la veille. Température 41°3 à 8 heures du matin. On renouvelle l'injection intra-utérine après avoir administré une injection vaginale. A 5 heures de l'après-midi, on fait une application de drap mouillé pendant cinq minutes. A 7 heures, on fait une seconde application d'une durée semblable. Chaque fois la défervescence se produit. A 5 heures, température 41° avant le drap mouillé, 40° après ; à 7 heures, température de 40°2 avant le drap mouillé, 39°8 après. Le poulx est resté à 115 ; il est plutôt vibrant. Rien au cœur sauf une diminution notable du second bruit. A 10 heures du soir, la température est de 39°8. L'état mental est meilleur.

Le 27. — Le matin, température 39°6. On fait une application de drap mouillé après laquelle température 38°3. Le poulx est

moins fort. On continue le drap mouillé tous les quatre heures.

Après chaque application, la température qui avait atteint 39° se maintient aux environs de 38° . La langue reste très sèche.

Le 28. — Le matin avant le drap mouillé, la température est de $39^{\circ}8$, après, de $39^{\circ}6$. Les lotions au drap mouillé sont continuées. La langue est plus humide.

Le 29. — La température se maintient autour de $38^{\circ}5$, on arrête le drap mouillé. L'état général est satisfaisant.

Le 30. — Température 38° le matin, $40^{\circ}2$ le soir. On fait une application de drap mouillé qui fait baisser la température de 1 degré.

Le 1^{er} octobre. — Le matin, température $38^{\circ}8$, le soir $38,4$. A partir de ce soir, la température baisse pour se maintenir aux environs de 37° et le 10 octobre, la malade sort complètement guérie.

Comme on le voit, ce fut le drap mouillé qui fut employé au lieu de la balnéation préconisée par Vincent. Brehier juge ce procédé bien inférieur au bain froid. Il recommande toutefois le drap mouillé dans les formes moins graves et dit de le répéter au moins pendant une demi-heure toutes les deux heures. Dans l'observation que nous avons présentée le bain froid fut au contraire écarté à cause du mauvais état général de la malade, et le drap mouillé ne fut pas pratiqué aussi fréquemment que le recommande Brehier. En présence des faits rapportés par Vincent et malgré le bon résultat obtenu par le simple enveloppement, nous n'hé-

siterions pas en présence de phénomènes très graves à pratiquer la balnéation. Schroëder (40), dans son *Manuel d'accouchements*, préconise les bains froids, mais reconnaît que l'on peut obtenir de très bons effets de la réfrigération par les draps mouillés. La technique que nous avons vue employer est aussi celle qu'il recommande. Il faut avoir deux lits côte à côte, de façon à pouvoir transporter la malade de l'un dans l'autre. Cet auteur pense même que dans les cas très graves où il semblerait dangereux de mobiliser le sujet, on peut se contenter d'appliquer le froid sur un des côtés du tronc.

Schroëder vante beaucoup les résultats de ce traitement. Il reconnaît que les oscillations de la température ne sont pas toujours les mêmes. « Si la température était dans sa période ascendante, on n'obtient en général qu'un abaissement passager. L'élévation de la température qui a été interrompue pendant quelque temps reparait souvent rapidement, après ou pendant un frisson. Mais même dans ce cas on ne peut méconnaître que l'application du froid a une influence sur la marche de la fièvre. Dans les jours suivants celle-ci ne s'élève pas plus haut, devient plus fortement rémittente ou intermittente. La fréquence du pouls diminue aussi d'une façon constante, même lorsqu'on n'a fait qu'une seule application de froid. Mais ce qui prouve le plus nettement que l'emploi du froid est rationnel, c'est la modification de l'état général. La malade qui auparavant était abattue et dont l'intelligence était complètement prise revient à elle, peut-être pour la première

fois depuis plusieurs jours, et manifeste, pendant cette suppression énergique de la chaleur, les signes les plus évidents d'un état de bien-être. Dans d'autres cas, lorsque le sensorium est libre, l'état subjectif s'améliore, les douleurs de tête disparaissent, la soif ardente cesse, et l'angoisse et l'oppression font place à une sensation de bien-être. »

Malgré cet éloge pompeux, malgré les succès obtenus par Vincent, le traitement par le froid nous paraît avoir été employé bien rarement par les accoucheurs et les chirurgiens. Dans une discussion à la Société de chirurgie, de 1901 (séance du 6 mars) sur le traitement de l'infection puerpérale par l'hystérectomie, Quenu (37) dit avoir retiré de très bons effets de l'emploi des bains froids, appliqués pour la première fois dans son service, par M. Macé, son interne. La tentative que nous avons vu faire dans le service du docteur Sorel par l'interne, M. Le Nouène, a été couronnée d'un plein succès, et nous n'oublierons pas les transformations accomplies sous nos yeux en quelques heures chez cette malade si profondément atteinte.

Le sérum artificiel est beaucoup plus employé dans les maternités et les salles de chirurgie contre les formes graves d'infection puerpérale. Ce moyen thérapeutique a rendu de si grands services dans tous les cas qui nécessitent une grande défense de l'organisme qu'il semble tout naturel de le mettre à contribution dans les septicémies post-partum.

Dans son livre *Sérothérapie*, le professeur Lan-

douzy (26) nous dit le but des injections du sérum en général :

« Pour les cas de collapsus hémorragique, nous nous proposons par un appoint quantitatif de sérum, de remplir l'appareil circulatoire, dont le contenu répond pour une part du tissu vasculaire, lequel ne saurait ni fonctionner, ni produire la vis a tergo s'il n'avait à brasser une certaine quantité de chair coulante. »

Quelques malades arrivent à l'hôpital dans un état d'adynamie très prononcée. Chez celles-là le sérum est utile pour rétablir la pression sanguine. Il est surtout indiqué quand la pression tombe subitement du fait d'une hémorragie. Dans ce cas, le sérum est d'autant plus utile que les bains froids pourraient être dangereux. Le sérum au contraire, en même temps qu'il rétablit l'état de la circulation, est peut-être, comme tendent à l'admettre les études modernes, un précieux moyen de prévenir l'hémorragie par ses propriétés de coagulation. Nous avons vu dans l'observation II l'état général de la malade se relever progressivement, à la suite de plusieurs injections de sérum artificiel. Chez cette femme tuberculeuse présentant déjà de grandes ascensions thermiques avant son accouchement, ayant eu une hémorragie abondante avec état syncopal, nous croyons que le sérum a contribué dans une grande mesure à donner à l'organisme le stimulant nécessaire pour se relever. Dans la septicémie puerpérale, comme dans tous les états graves, s'accompagnant d'adynamie générale, le sérum exerce

une action heureuse contre la dépletion vasculaire et la dépression nerveuse.

Les injections de caféine et d'éther agissent de la même façon ; ce sont de précieux adjuvants du sérum qu'elles ne remplacent pas, car leur action est plus éphémère et peut être dangereuse, si elle est souvent répétée. Le sérum, au contraire, ne saurait être nocif : Hayem, Dastre et Loye, enseignent qu'il est permis d'injecter sans inconvénient des doses égales au quinzième ou au vingtième du poids du corps des animaux.

Le sérum a de plus une influence favorable sur le processus infectieux lui-même. « Pour les cas de vices humoraux, nous nous proposons de jeter chez le malade assez d'eau pour que celle-ci (charriée au taux d'une pression nouvelle remis en tension des systèmes vasculaires et nerveux) circulant autour de chacun des organites, y apporte le stimulus nécessaire à leur activité fonctionnelle, autant qu'il rétablit un va-et-vient indispensable à leur dépuración. » (Landouzy). Dans la septicémie puerpérale comme dans toutes les infections, le sérum agit comme diurétique et, diluant les toxines dans une masse liquide plus considérable, il diminue leur virulence en même temps qu'il rend plus rapide leur élimination. Son emploi est indiqué particulièrement dans les cas d'infection puerpérale grave, lorsqu'il faut à la fois soutenir la malade et lutter par tous les moyens contre le poison microbien : c'est un adjuvant précieux du bain froid.

CHAPITRE III

De l'Hystérectomie

Comme le curettage, l'hystérectomie dans les suites de couches fut d'abord pratiquée pour des cas de rétention placentaire : Ce fut Schultze qui enleva le premier l'utérus dans ces conditions en 1886. Neuf ans après Pryor (36) fit une hystérectomie abdominale pour infection puerpérale. Jusqu'à ces dernières années les observations étaient rares d'ablation de l'utérus chez les accouchées. La thèse de Wiatrebert (49) en 1895 et celle de Bonamy (4) en 1899 relatent les cas signalés jusque-là. Depuis lors, plusieurs communications ont été faites à la Société de chirurgie, donnant lieu à des discussions très intéressantes. Actuellement presque tous les chirurgiens admettent en principe l'hystérectomie dans l'infection puerpérale. Tuffier a montré qu'il mourait par an en Allemagne plus de 4.000 femmes à la suite de couches, et Ricard, que la mortalité dans les maternités françaises s'élevait à 10 p. 100 dans la forme grave de l'infection. Ces statistiques ont stimulé l'ardeur des chirurgiens, et malgré l'opinion

de Price (35) de (Philadelphie), qui qualifie de « crime » l'hystérectomie, en cette circonstance, on s'occupe d'en fixer les indications et le manuel opératoire.

Le problème est délicat : il n'y a pas de signe clinique évident qui fasse décider l'intervention. Pétersson (29) dit que la curette ne peut suffire dans 90 pour 100 des cas et qu'il faut se résoudre le plus vite possible à pratiquer l'hystérectomie. Cette opinion est certes bien exagérée. Beaucoup d'infections puerpérales heureusement, guérissent par le curettage, le drainage, les bains froids. Parce qu'il n'y a pas d'indication précise du moment de l'intervention ; ce n'est pas une raison de soumettre à une mutilation et d'exposer à une opération grave toutes les femmes qui présentent des réactions fébriles à la suite d'un accouchement. Si la muqueuse seule est infectée, nous savons qu'il suffit d'agir localement pour amener la guérison. Mais les lésions ne restent pas toujours superficielles. Des examens nombreux ont montré que l'infection dépasse parfois rapidement l'épithélium utérin, envahit le tissu conjonctif et par les lymphatiques se propage au muscle lui-même. Celui-ci apparaît gros, ramolli, très riche en lymphatiques qui renferment quelquefois des éléments purulents, et déterminent au sein des couches musculaires une multiplicité d'abcès aréolaires. Les collections purulentes peuvent se former plus importantes, donnant lieu à de véritables abcès de l'utérus. Ceux-ci ont été niés longtemps par les auteurs. Dans le *Traité de Chirurgie* de Duplay et Reclus, Delbet (13) se prononce contre l'existence de

suppurations sous-muqueuses, et même contre la propagation de l'inflammation par les lymphatiques. « Il n'existe peut-être pas un seul cas de véritable abcès de l'utérus ». « Ainsi tandis que les lymphangites et les adénites sont très fréquentes après l'inflammation des autres muqueuses, elles sont fort rares à la suite des inflammations de la muqueuse utérine en dehors de la puerpéralité. Au contraire les phlébites, qui sont tout à fait exceptionnelles dans les inflammations des autres muqueuses, s'observent assez souvent à la suite des endométrites puerpérales. » Les observations que nous citerons montrent au contraire l'infection du muscle utérin propagée par les lymphatiques, le tissu musculaire souvent transformé en une vaste éponge purulente, ou bien de gros abcès nettement localisés à l'une des parois de l'utérus. Pichevin et A. Pettit (30) ont fait sur ce sujet une étude très complète. Pour eux l'abcès de l'utérus est très rare en dehors de l'état puerpéral : Hart et Scanzoni en ont cité quelques cas à la suite de la métrite aiguë, Gusserow et Doléris, dans le cours de l'évolution des myomes utérins. L'abcès de l'utérus est surtout une conséquence de l'accouchement ou de l'avortement. Il a été étudié dans cette circonstance par Mauriceau, Van Switen et Lamotte, qui en observèrent les premiers cas. Dans les observations que nous allons relater, on trouve plusieurs fois des abcès de l'utérus tantôt interstitiels, tantôt situés sur les faces externes de l'organe. Ils siègent le plus souvent au fond ou sur la face postérieure de l'utérus. D'après Pichevin et Aug. Pettit, ils

peuvent atteindre le volume d'une tête d'adulte. Turrenne (48), de Montevideo, cite un cas d'abcès de l'utérus qui guérit quoique compliqué d'un abcès du ligament large, grâce à l'hystérectomie vaginale. Georghiu (21) dans sa thèse inaugurale, cite le cas de Beaussenat qui trouva un abcès infiltré de pus et un utérus purulent dans tout son parenchyme.

Lorsque l'infection a pénétré le muscle utérin et lui a fait subir ces ravages, il est certain qu'elle est en voie de s'étendre encore davantage et d'envahir à brève échéance l'organisme tout entier. L'intervention radicale qui enlève en ce moment l'utérus est probablement la seule chance de salut pour la malade.

Pour se décider à l'hystérectomie, il est donc à souhaiter que le chirurgien soit fixé le plus promptement possible sur le diagnostic exact de la lésion. Ici l'embarras peut devenir extrême. D'une part, il est de simples endométrites puerpérales qui donnent par résorption des toxines une température très élevée et un état général précaire : on voit des infections céder complètement à la curette, qui ont déterminé avant son passage 40° de fièvre, un pouls de 130, un facies terreux, des lochies extrêmement fétides. D'autre part, il existe des septicémies puerpérales, présentant des lésions minimales, caractérisées surtout par l'envahissement rapide de l'état général : ce sont de véritables infections du sang à point de départ utérin, analogues aux grandes septicémies chirurgicales, ce sont les cas qu'on voit céder aux bains froids et aux injections de sérum artificiel. Les signes cliniques sont rares, qui permet-

tent d'établir d'une façon péremptoire si nous sommes en face d'une endométrite septique à réaction générale intense, d'une septicémie aiguë sans localisation infectieuse, ou d'une inflammation du parenchyme utérin.

Les symptômes locaux qui peuvent donner au toucher vaginal une grande valeur quand il s'agit de diagnostiquer une lésion purement utérine de l'infection étendue aux annexes ou aux ligaments, ne saurait fournir ici de renseignement utile. Les phénomènes généraux peuvent seuls indiquer au chirurgien le moment d'intervenir.

Carpenter (9) accorde une grande importance au second frisson, pensant qu'il est l'indice d'une infection profonde qui commande l'hystérectomie. Nous avons trouvé dans les observations de Vincent, que nous avons toutes parcourues, plusieurs cas où la malade avait présenté deux et même trois frissons, et où la balnéation seule amena en quelques jours la guérison.

Wintrebert dit qu'il faut se décider à l'ablation de l'utérus chaque fois que l'on a pu éliminer l'hypothèse de foyers centraux d'infection et que la source de la septicémie persévère dans l'utérus. Cette indication nous semble vague : d'ailleurs dans la septicémie aiguë ou suraiguë sans lésion importante des organes génitaux on ne se déciderait pas à l'hystérectomie.

Prochownick (36) accorde une valeur absolue à l'examen du sang. D'après lui, quand le sang ne contient aucun germe infectieux, il faut se contenter de

nettoyer soigneusement l'utérus ; lorsqu'il y a pyohémie ou présence d'un micro-organisme dans le torrent circulatoire, il est urgent de se décider à pratiquer l'hystérectomie. Nous ne pouvons nous rallier à ces indications thérapeutiques. Quand l'infection est surtout sanguine, ou bien il s'agit d'une septicémie sans inflammation localisée à l'appareil génital, et alors l'hystérectomie est inutile, ou bien la pénétration du microbe dans le sang est l'étape trop avancée d'une infection qui a déjà envahi l'utérus, les veines, les ligaments larges, les annexes. Du reste, Prochownick trouve ses indications d'ablation de l'utérus trop retardées : il ajoute que si en l'absence de micro-organismes dans le sang les phénomènes généraux ne cèdent pas à la désinfection de la cavité utérine il faut pratiquer le plus vite possible l'hystérectomie.

L'intensité des signes généraux, l'accélération du pouls, l'ascension trop élevée de la température, ne sont pas des indications suffisantes. Nous avons vu dans le service du docteur Sorel des malades présenter 41° de température avec le pouls à 130 ; dans les observations relatées par Chabert on trouve une température de 42° avec albuminurie et subdelirium.... et les malades ont guéri par le curettage ou les bains froids.

Quenu a dit que le pouls et la température ne signifient rien et que pour les indications de l'hystérectomie il faut se baser surtout sur la désinfection insuffisante de l'utérus. Cette proposition est la conclusion de Tuffier (46) dans sa discussion à la Société de chirurgie à la séance du 6 mars 1901.

Bonamy, dans sa thèse inaugurale, qui cite de nombreuses observations, recommande l'hystérectomie : 1° dans la persistance des phénomènes généraux à la suite du traitement par le curettage ; 2° au cas d'aggravation des symptômes généraux ; 3° au cas de rétention placentaire.

Nous croyons que cette dernière éventualité est la première qui doive entrer en ligne de compte. La rétention du placenta dans l'accouchement commande la délivrance artificielle. Si celle-ci n'arrive pas à libérer complètement l'utérus, si, comme dans l'observation de Faure (Société de chirurgie 1901), il reste quelques débris enchatonnés dans la cavité utérine ou dans les cornes, il faut recourir à l'hystérectomie. On trouve plusieurs observations dans lesquelles le placenta était tellement adhérent à l'utérus que celui-ci cédait plutôt que de se séparer de son contenu. Dans ce cas il n'y a pas à hésiter : les restes placentaires sont inaccessibles au curettage, le muscle utérin est déjà friable et très altéré ; il faut intervenir au plus tôt. Rochard (39) a indiqué la regression lente de l'utérus comme signe très important de l'infection et de la rétention placentaire. Ce symptôme peut avoir une valeur considérable, permettant même de se décider à l'hystérectomie avant l'apparition des signes graves de l'infection. Nous voyons dans la plupart des observations où l'examen des pièces a montré une rétention placentaire, que l'opération a été suivie de guérison, bien que toujours on ait attendu pour

intervenir une température élevée et un état très sérieux.

OBSERVATION VIII résumée. — Vineberg (*New-York Medical Journal*, 1898, I, p. 457-463).

*Hystérectomie dans la métrite puerpérale septique aiguë.
Guérison.*

Six jours après l'accouchement, frisson suivi de fièvre; le lendemain nouveau frisson; temp 103 F., pouls 120; on fait le diagnostic de septicémie due à la rétention de tissu placentaire, et on pratique le curettage.

Le 8 juin, douche intra-utérine;

Le 11 juin, T. 104 F., pouls 156, resp. 48;

Le 12 juin, T. 102, pouls 135, resp. 44.

On fait l'hystérectomie.

L'utérus présente les particularités suivantes: corps et fond modérément mous, segment inférieur tout à fait fermé, canal cervical bien clos. A l'intérieur, au dessus du canal cervical, substance foncée; muqueuse sentant très mauvais; au niveau de la corne gauche, et de là s'étendant transversalement sur la paroi antérieure se trouve une portion de tissu placentaire de 2 à 4 centimètres. Sa surface libre était rugueuse et irrégulière; sa face attachée était organisée et très fermement adhérente à la paroi utérine; rien aux annexes.

Le 13 juin, lendemain de l'opération, T. 102,80 F., pouls 148. Pendant les 72 heures qui suivirent la température varia entre 100 et 105°5, le pouls entre 120 et 128.

Guérison

OBSERVATION IX — Faure. Rapporté par Rochard à la Société de chirurgie, séance du 27 mars 1901.

Hystérectomie, guérison.

Madame B..., 23 ans, entre le 11 février. Cas imminent d'avortement.

Le 13, avortement avec délivrance artificielle.

Du 13 au 15 au soir : température, 37°2 à 38 degrés.

Le 16 au matin, 40 degrés ; pouls rapide. Curèttage immédiat ; 500 grammes de sérum. Le soir, 40°3, pouls 160. Etat grave.

Hystérectomie à 7 heures du soir, très facile grâce aux pinces à kystes ; durée : trois minutes.

Un morceau de délivre injecté est enchatonné dans la corne gauche.

Le lendemain matin, 38°2, pouls 120. Soir, 38°6, pouls 100.

Amélioration progressive et rapide. Guérison complète.

OBSERVATION X résumée. — A. Sippel in *Thèse de Wintrebert* 1895, (traduit du *Central Blatt für Gynaekol.*, 14 juillet 1894).

Amputation supra-vaginale d'un utérus puerpéral septique. Guérison. Délivrance manuelle. Suites de couches fébriles.

Le 20 août, 10 jours après l'accouchement, nouvelle hémorragie abondante, syncope, col perméable, rétention de fragments placentaires. Ceux-ci sont extraits et on fait des injections d'eau phéniquée faible. Ecoulement purulent persistant, fièvre, état général plus défectueux. Sippel à son arrivée

trouve une malade très anémiée présentant des vomissements, des tendances à la syncope, de la dyspnée. Le poulx est très petit, à 134 pulsations, utérus mou, volumineux, peu sensible. Il y a écoulement abondant d'un liquide brun, purulent sur la surface utérine, en particulier au fond, et à la paroi antérieure. Les jours suivants, injections intra-utérines.

Le 25 août, température 37°7, poulx in comptable, diarrhée septique, malade apathique et faible. Paramétrium et péritoine indemnes.

Le 26 août, amputation supra-vaginale, guérison. L'utérus enlevé était mou et friable, sa surface interne couverte d'un liquide sanguinolent et fétide. On y trouvait des débris de placenta adhérents. Trompes saines.

OBSERVATION XI résumée. — *In thèse de Wintrebert 1895.*

Amputation du corps de l'utérus par laparotomie pour rétention du placenta et septicémie puerpérale. Guérison.

Au moment de l'opération la température était de 40° et la paroi utérine adhérente au placenta était altérée. La section du col même paraît suspecte ; on fait la suture du moignon à la paroi.

OBSERVATION XII résumée. — Skutsch (d'Iéna), *in thèse de Wintrebert, 1895.*

*Rétention placentaire et infection puerpérale laparotomie.
Ablation de l'utérus. Guérison*

L'utérus était bicorne et contenait le placenta dans sa corne droite. Le pédicule fut laissé encore en dehors du péritoine.

OBSERVATION XIII résumée. — M. Roosemburg
in thèse de Wintrebert 1895.

*Extirpation totale vaginale de l'utérus pour une rétention
placentaire avec putréfaction. Guérison.*

A la suite d'un avortement la femme est prise de frissons, de température : elle présente aussi du ballonnement du ventre des lochies fétides, un état général très mauvais. Le curettage n'amène pas d'amélioration, le docteur Roosemburg pratique l'extirpation de l'utérus par le vagin. La malade avait en ce moment 40°,5 de température, et avait présenté la veille 41°5 le pouls était à 145. Après l'opération, la température était à 41°,9. Le soir elle tombait à 37°,5 et le pouls à 112. A l'examen de l'utérus on trouve celui-ci intimement uni au placenta qui renferme du pus. Guérison.

OBSERVATION XIV résumée. — M. Bouilly *in thèse
de Wintrebert*

Avortement. Hystérectomie. Mort.

Le 7^e jour, l'accouchée présentant 40° de température et un état général précaire, le docteur Bouilly pratiqua l'hystérectomie vaginale. La malade meurt.

L'utérus est gros, ramolli, fétide, contenant encore des lambeaux de placenta adhérents.

L'aggravation des phénomènes généraux est aussi l'indication d'une hystérectomie, d'après Bonamy. On

voit l'accélération du pouls, l'ascension de la température, l'aspect alarmant de la malade se manifester dans beaucoup d'infections puerpérales et il nous semble irrationnel de tabler sur ces symptômes graves pour préconiser l'hystérectomie. Dans toutes les formes d'infection puerpérale, l'état général peut devenir subitement plus précaire, sans que le fait indique l'envahissement du parenchyme utérin. L'hystérectomie ne nous paraît indiquée dans ce cas que si le curettage, les irrigations, le drainage ont été impuissants, et cette impuissance témoigne que l'infection n'est pas localisée seulement à la muqueuse utérine ; ou bien si les bains froids et le sérum n'ont produit aucune amélioration notable, et alors la persistance des phénomènes graves indique qu'ils ne tiennent pas seulement à une altération de la masse sanguine. Si l'état ne s'améliore pas par le traitement local ou la thérapeutique générale que nous avons indiqués il faut recourir à l'hystérectomie. La lésion siège dans le muscle utérin, et alors, comme dans les cas de métrite chronique parenchymateuse où l'utérus tout entier, et seul est en cause, il faut en faire l'ablation.

Nous avons recueilli un certain nombre d'observations d'infection puerpérales dans lesquelles le processus avait étendu son action au parenchyme utérin sans avoir déterminé de lésion des annexes ou du péritoine. Les succès opératoires sont moins nombreux que dans les cas de rétention placentaire. Sur 9 cas, nous enregistrons 7 guérisons et 2 morts, alors que dans l'hystérectomie pour rétention placentaire, sur 7 cas nous

avons 6 guérisons. Peut-être, s'agit-il dans les observations suivantes, d'une infection plus avancée. L'un des cas a été opéré tardivement, dans un autre nous trouvons une septicémie si foudroyante qu'elle a envahi en quelques jours les vaisseaux, le cœur, la plèvre, le poumon. Nous pensons qu'en dehors des cas de rétention placentaire révélée par l'expulsion de débris, par le retard dans l'involution de l'utérus il ne faut se décider à l'hystérectomie que si le curettage, la réfrigération et le sérum sont sans résultat. Mais alors il faut se résoudre sans retard. Nous avons vu que le curettage, aidé des irrigations ou du drainage doit faire tomber rapidement la température, nous savons que dans les observations où les bains froids ont été couronnés de succès celui-ci a été annoncé par la défervescence et le bon état général qui ont suivi les premières applications d'eau froide. Il ne faut donc pas perdre un temps très précieux à ces moyens thérapeutiques s'ils se montrent d'emblée infidèles. L'infection n'est pas simplement muqueuse; elle n'est pas non plus avant tout sanguine; c'est le moment d'intervenir par l'hystérectomie avant l'envahissement des autres organes du petit bassin.

Ci-jointes les observations correspondant à cette indication.

OBSERVATION XV résumée. — Tuffier et Bonnaire.

M. Bonamy (thèse de Paris 1899)

Mort.

Hémorragie ante partum. Légers frissons le 3^e jour. Tem-

pérature de 37 à 38° pendant 7 jours. Le 8^e jour, T. 40°. On fait un écouvillonnage et un drainage sans abaissement de la température. L'hystérectomie vaginale est faite seulement le onzième jour. La malade meurt sans que la température soit descendue.

A l'autopsie, l'utérus est mou, sans trace d'abcès, d'une telle friabilité que la section au lieu de porter sur les ligaments larges a porté sur le muscle utérin.

OBSERVATION XVI résumée. — M. Ypema, thèse de
Fribourg en Bade.

Un cas de fièvre puerpérale avec extirpation vaginale de l'utérus.
Mort.

Accouchement à terme. Inertie utérine post partum. Le 10^e jour seulement la fièvre monte au dessus de 38°, mais le pouls était toujours resté au dessus de 100. Le 10^e jour les lochies redeviennent sanguinolentes, l'utérus augmente de volume. Le 12^e jour il y a un frisson, et la température monte à 39°6. Cet état persiste malgré les irrigations utérines. Le 14^e jour la température monte à 41°. On fait l'hystérectomie vaginale. Mort.

A l'autopsie, on trouve de la myocardite, de la pleurésie, de l'œdème pulmonaire et une thrombose septique de la veine iliaque gauche et de la veine crurale.

A la paroi postérieure de l'utérus on voit un endroit rond, gris verdâtre, d'un diamètre de 5 centimètres, d'une surface finement granuleuse, très mou aux bords, ayant la forme d'un bourrelet. Il s'étend en haut jusqu'au fond et à droite et à

gauche jusqu'aux trompes. En bas, il est éloigné de l'orifice interne de 2 centimètres.

OBSERVATION XVII résumée. — Brauserwetter. *Monatschrift für geburtsh und gyn.* t. VI, p. 534-1897,

Avortement au 3^e mois. Guérison.

Le onzième jour hémorragies très abondantes. Curettage. Frisson répété et température élevée pendant trois jours. Albuminurie, délire, hystérectomie, guérison.

L'utérus présentait les lésions de l'endométrite septique.

OBSERVATION XVIII résumée. — E.-P. Davis. *American journal of obstetrics* 1895, t. XXXI, p. 155-161.

Guérison.

Accouchement normal. Température de 100 à 102° F., pendant un mois. Utérus gros, laparotomie, abcès de l'utérus. hystérectomie, guérison. Les annexes étaient normales.

OBSERVATION XIX. — Terrier, Société de chirurgie, séance du 6 mars.

Infection puerpérale, hystérectomie, guérison.

Eugénie Fl..., femme M..., âgée de trente et un ans, journalière est amenée le 8 novembre 1900 à l'hôpital de la Pitié,

dans le service de M. le professeur Terrier, pour des accidents puerpéraux dont le début remonte au 24 octobre, c'est-à-dire à onze jours.

Première grossesse en 1894, accouchement à terme :

Deuxième grossesse en 1897, accouchement normal.

Les dernières règles datent du 10 août 1900.

Le 23 octobre la malade perd un peu d'eau rousse, puis quelques caillots d'odeur extrêmement fétide. Elle prend le lit le 25 octobre ; le lendemain, 26, elle a encore la force de se lever, mais le 27, à 10 heures du matin, grand frisson qui dure une heure avec abondante transpiration. Les jours suivants, elle continue à perdre des caillots fétides ; le 30, elle a, le soir, un deuxième frisson qui dure une demi-heure, avec crampes dans les jambes, et, le 3 novembre, elle se décide à entrer à l'hôpital où elle arrive vers midi.

A midi et demi frisson violent qui dure une demi-heure, pendant laquelle la température monte à 39° 8, et le pouls à 168.

A 2 heures, quelques vomissements alimentaires et muqueux.

A trois heures et demie, pouls à 140 et température à 39° 1.

La malade est agitée, la respiration fréquente ; des frissons surviennent après lesquels le pouls monte à 160, 168. La langue est un peu sèche.

Au toucher vaginal, on constate que le col est mou et entr'ouvert ; l'écoulement est abondant et très fétide. En combinant le palper au toucher, on sent le corps utérin un peu augmenté de volume. Pas de contracture de la paroi abdominale.

En présence de la rapidité et de la faiblesse du pouls, de l'anxiété respiratoire, étant donnés également la sécheresse de la langue et les frissons, on décide de pratiquer l'hystérectomie.

Opération pratiquée à 4 h. 10 du soir, par M. Gosset, chef de clinique; aide, M. Mouchotte; chloroformisateur, M. Crouzon, internes.

Laparotomie médiane sous-ombilicale; la malade est mise en position déclive, protection très minutieuse de l'intestin au moyen de compresses et de gaze aseptiques. Il n'y a pas de liquide dans la cavité péritonéale.

On se met en devoir de pratiquer l'hystérectomie totale.

Ligature du pédicule utéro-ovarien et du ligament rond, à droite, et section de haut en bas du ligament large. De même pour le côté gauche. Après incision du péritoine pré-utérin, on décolle la vessie de haut en bas. On prend entre deux pinces l'artère utérine de chaque côté et on sectionne circulairement le vagin, après effondrement du cul-de-sac antérieur.

Par le col utérin, s'écoule un peu de liquide fétide que l'on recueille sur des compresses de gaze, et ces compresses sont immédiatement changées.

La ligature de l'utérine du côté gauche est simple, celle du côté droit un peu laborieuse. Fermeture de l'ouverture vaginale avec quelques points séparés au catgut et enfouissement des pédicules vasculaires sous un surjet péritonéal à la soie fine.

Un gros drain est placé dans le cul-de-sac postérieur et ramené à travers la partie inférieure de la plaie abdominale. Celle-ci est fermée par une suture à trois étages.

L'opération simple a duré 45 minutes.

Le soir même de l'opération, on a fait 1.000 grammes de sérum artificiel en injection sous cutanée, et à 10 heures la température était tombée brusquement du 39°1 à 37° et le

pouls de 160 à 80. Mais le lendemain et le surlendemain, la température remontait à 39°.

Après quelques incidents, la malade quitte l'hôpital définitivement guérie, le 13 décembre.

OBSERVATION XX résumée. (B. Penrose, American journal of obstetrics, 1896, I, p, 673-681).

*Un cas d'hystérectomie dans la fièvre puerpérale aiguë.
Guérison.*

Avortement de quatre mois : trois jours après la température monta à 104°4 F. Le cinquième jour, violent frisson et température de 105°.

Hystérectomie. Guérison.

A l'examen de l'utérus on y trouve des staphylocoques et des streptocoques.

A la face postérieure la paroi musculaire était déchirée et perforée. Plus bas on trouvait un espace aréolaire recouvert de pseudo-membranes, c'était probablement la paroi d'un abcès.

OBSERVATION XXI résumée. — (par M. Goldsborough (de New-York), in thèse de Wintrebert 1895, traduit du *New-York Medical Journal*, 18 février 1893).

Hystérectomie cinq jours après l'accouchement pour métrite puerpérale. — Guérison.

Frisson le troisième jour qui dura plus d'une heure T. 104,5 F. P. 120. Sulfate de quinine, phénacétine. La température baisse

un peu : Les jours suivants les phénomènes s'accroissent ; l'état général empire il s'écoule par le vagin un liquide noirâtre très odorant. Col gros, noirâtre, couvert d'un exsudat membraneux que l'on trouve aussi dans la vulve et le vagin. T. 105 F. P. 130. Lavages de l'utérus à l'eau phéniquée

Hystérectomie abdominale. A l'examen, l'utérus est nécrosé par endroits. Il n'y avait ni péritonite ni adhérences, mais un cordon lymphatique gros dans le ligament large.

Amélioration rapide. guérison précédée de phlegmatia.

OBSERVATION XXII résumée. — M. Pryor, *Américain journal of Obstetrics*, 1894. II p. 150 (Séance de la Société obstétricale de New-York du 16 avril 1895).

Hystérectomie dans l'infection puerpérale. Guérison.

Le 14^e jour après l'accouchement l'accouchée, qui jusqu'alors avait présenté un très bon état, présente une température de 107° F. Puls 110. Pas de frisson. Le lendemain, la quinine et l'antipyrine n'abaissent pas la température. Elle tombe à 103° F après un lavage utérin à l'eau boricuée. Le troisième jour après l'ascension thermique l'examen révèle une plaie du périnée non réunie. L'écoulement est inodore, l'utérus mou. Curettage. Utérus friable laissant ramener par la curette de grands lambeaux.

Hémorrhagie très abondante. Hystérectomie vagino abdominale : aussitôt le pouls tombe de 160 à 128 F.

A l'examen, l'utérus était très mou. Guérison.

OBSERVATION XXIII résumée. — M. A. C. Carpenter
Medical Record, New-York, 1896, I p. 625 (2 Mai).

Hystérectomie vaginale dans la fièvre puerpérale. Guérison.

Avortement au 3^e mois. Trois jours après frisson et température 103° F. Pouls 110. Douches intra-utérines et sulfate de quinine. Le soir du 4^e jour, nouveau frisson, température 105° F. Pouls 120. Le lendemain, pouls 130. Utérus large, mou, flasque, col dilaté considérablement permettant d'y introduire deux doigts. Curetage, lavage au sublimé. Douches toutes les heures, purgatifs.

Température le soir 102° F. Pouls 120. La température et le pouls restant les mêmes le lendemain, il y a de nouveaux frissons.

Température le soir 105° F. Pouls 148. Cet état persiste le jour suivant et il y a écoulement purulent. Pas de tympanisme. Hystérectomie vaginale.

Température le lendemain 101° 8 F. Pouls 120. La guérison survient en quelques jours.

Le manuel opératoire pourra varier suivant les chirurgiens. Au cas de métrite chronique intersticielle les deux voies ont déjà leurs partisans. Ici l'hystérectomie vaginale préconise, sa rapidité, son shock moins intense, l'hystérectomie abdominale a pour elle la faculté de saisir plus facilement des tissus très friables, d'opérer à ciel ouvert, d'avoir pour premier temps opératoire la laparotomie qui peut convenir à toutes les éventualités, aux cas de salpyngo-ovarite, de phleg-

mon du ligament large, de péritonite même. Faure s'est fait, à la Société de chirurgie, le grand défenseur de la voie vaginale ; il avoue pourtant que la friabilité des tissus nécessite l'emploi de pinces à kystes pour les saisir. Rochard a cité à la Société de chirurgie (séance du 27 février 1901) le cas de Vineberg qui commença une hystérectomie par le vagin et, à cause des difficultés opératoires, dut la terminer par la laparotomie. Segond s'est rallié, pour la même raison, à l'hystérectomie abdominale. Le professeur Terrier (45) dit que « la voie abdominale est en pareil cas la seule acceptable ». Ce chirurgien repousse aussi l'hystérectomie sus-vaginale. Nous voyons dans les observations que celle-ci a été pratiquée un certain nombre de fois. Les statistiques semblent la placer au moins au même rang que l'ablation totale de l'utérus au point de vue des résultats opératoires. D'après Tuffier la mortalité relative est la suivante : hystérectomie vaginale, 4 guérisons sur 10 cas ; hystérectomie abdominale totale, 5 guérisons sur 9 cas ; hystérectomie supra-vaginale, 9 guérisons sur 10 cas. Il est impossible, croyons-nous, de se baser sur cette statistique dans une opération qui s'est accomplie dans des circonstances si différentes. Il est très probable que l'hystérectomie abdominale totale restera ici l'opération de choix. Contre l'infection puerpérale elle conserve les mêmes avantages qui ont été si bien exposés au point de vue du traitement des fibromyomes par Guermontprez (de Lille), Martin (de Berlin), et Lannelongue (de Bordeaux).

CHAPITRE IV

De l'intervention chirurgicale pour lésions peri-utérines.

Même lorsque le processus infectieux a dépassé l'utérus la chirurgie ne s'avoue pas désarmée. Sans doute la situation devient excessivement grave : les lésions sont très étendues, les symptômes alarmants. Une intervention audacieuse peut seule procurer à la malade quelques chances de guérison : les chirurgiens l'ont tentée. Leur statistique est sombre, mais en face de l'impuissance absolue de toute autre thérapeutique, ils ne peuvent que se féliciter de la hardiesse de leur tentative. En dehors de l'utérus, l'infection peut être plus ou moins étendue, porter sur des organes différents. La mortalité varie suivant le degré de l'invasion. On peut diviser cette étude en trois parties, suivant que les lésions portent : 1° sur les annexes ; 2° sur les ligaments larges ; 3° sur le péritoine.

1° L'infection puerpérale peut envahir les trompes et les ovaires, donnant naissance à la salpyngo-ovarite. Celle-ci, identique comme lésions à l'annexite d'origine gonococcique, peut comme elle revêtir des

formes différentes, est caractérisée par la présence du staphylocoque, du streptocoque ou même du pneumocoque. Plus souvent que la salpyngo-ovarite blennorrhagique, elle débute par des accidents aigus qui sont un épisode au cours d'une septicémie puerpérale violente, ou demeurent la dernière étape d'une infection moins grave. Il est admis que la présence du gonocoque dans les voies génitales favorise l'invasion des microbes de la septicémie puerpérale. La gravité de la salpyngo-ovarite tient-elle dans ce cas à cette association microbienne? Le fait est possible, car à côté des annexites qui font partie d'une infection puerpérale étendue à tout le petit bassin et qui sont d'un pronostic très sombre, il y a encore les salpyngo-ovarites qui existent sans lésions appréciables des autres organes et qui pourtant se révèlent par des symptômes graves. M. Tuffier a pratiqué avec succès une hystérectomie vaginale dans un cas où il y avait seulement inflammation des annexes sans participation de l'utérus ni des ligaments larges; pourtant l'état de la malade commençait à devenir alarmant. Il est possible que ces annexites localisées se terminent par résolution ou déterminent après disparition des phénomènes aigus une salpyngo-ovarite chronique, plus favorable à l'intervention chirurgicale, mais il se peut aussi qu'elles conduisent à la péritonite. Et puis il nous semble bien difficile d'établir d'une façon exacte si l'infection est localisée à la trompe et à l'ovaire, et surtout si elle va se limiter à ces organes. L'envahissement du ligament large peut être proche, et nous verrons que le pro-

nostic dans ce cas devient presque fatal. Une observation de Stinson (43) relate un cas où l'intervention fut retardée après l'apparition de la salpyngo-ovarite. L'autopsie révéla la présence de liquide séreux dans le péritoine, et Stinson ajoute : « Je suis sûr que si j'avais fait l'ablation de l'utérus et des annexes au début de la deuxième attaque de l'infection, c'est-à-dire avant la propagation de l'infection au péritoine. j'aurais eu une guérison à enregistrer. »

OBSERVATION XXIV (résumée)

Curage et curettage, par M. Champetier de Ribes,
et *Hystérectomie*, par M. Tuffier. Guérison.

Avortement de 4 mois 1/2. La malade subit un curage puis un curettage. La température qui avait baissé remonte cinq jours après. Au moment où l'on se décide à opérer, 36 heures après l'élévation de la température, celle-ci est de 39°7, sans rémission matinale. Le pouls est à 128, mais reste plein et régulier ; la langue est humide, le facies commence à s'altérer, le ventre est douloureux seulement dans la partie inférieure. Au toucher, le col est gros et mou, les culs-de-sac sont souples, les annexes, surtout à droite, sont un peu grosses et un peu sensibles. L'utérus est gros, mais pas douloureux à la pression. L'opération, hystérectomie vaginale, est pratiquée par M. Tuffier en six minutes avec facilité.

A l'examen des pièces : pas d'abcès utérins, surface interne de l'utérus absolument lisse, parois non friables, lésions inflam-

matoires, des annexes surtout à droite. La température tombe d'abord à 39°, le lendemain matin, elle est à 37°.

L'examen microscopique ne décèle aucun microbe dans l'utérus. Guérison.

OBSERVATION XXV. — Rochard, in *Bullet et Mém. de la Société de chirurgie*, du 5 mars 1901. Séance du 27 février.

Infection puerpérale. Hystérectomie abdominale totale et ablation d'un kyste suppuré de l'ovaire dix jours après l'accouchement. Mort.

M^{me} X..., deux grossesses antérieures. La présence d'un gros kyste de l'ovaire a été diagnostiquée; mais la grossesse suit son cours et l'accouchement spontané a lieu à terme. Enfant vivant. Délivrance naturelle complète.

L'accouchement a lieu le 28 juillet 1900.

30 juillet. — La température s'élève à 39°. Lavages utérins. Pas de débris.

2 août. — La température continue à osciller entre 38 et 39°, les lavages utérins sont continués.

3 août. — L'état de la malade ne s'améliorant pas, un curetage est pratiqué. Pas de débris.

5 août. — Les lavages intra-utérins sont continués, mais il y a un écoulement qui sent mauvais et la température s'élève à 39°2.

6 août. — La température monte à 39°6. Le ventre est extrêmement ballonné. Il y a des vomissements. Je suis appelé et constate un état très grave. Le pouls est à 120. La face est pâle, les yeux excavés. Je décide la laparotomie.

Laparotomie sous-ombilicale médiane. Je me trouve, le ventre aussitôt ouvert, en face d'un kyste à parois très minces qui se rompt et donne issue à un liquide fétide. Les adhérences intestinales et épiploïques sont détachées du kyste et celui-ci est enlevé; après quoi je pratique l'hystérectomie abdominale totale avec drainage abdomino-vaginal.

7 août. — La malade, malgré les injections de sérum, ne se relève pas. La température est de 38°4.

8 août. — La température descend à 36°8 et la malade meurt dans la soirée.

OBSERVATION XXVI (résumée). — J. C. Stinson,
New York medical record. 1897, p. 203-207.

*Hystéro-salpingo-oophorectomie vaginale par énucléation
dans la métrite puerpérale. Mort.*

Femme dans un état général déplorable P = 140 T = 101° F. Abdomen sensible, utérus de grossesse au 6^e mois. Les douleurs internes rythmiques sont accompagnées d'un écoulement de sang abondant. La femme était presque dans le collapsus. Avortement provoqué qui donne un fœtus d'odeur très mauvaise. Léger curettage et irrigations au sublimé. La température continua à monter de 1/2 degré par jour. Second curettage et irrigation. La température tomba à 101°, puis remonta à 104° après un frisson. Alors se manifesta de la douleur dans la région inguinale gauche, en même temps qu'une grande sensibilité. Troisième curettage et lavage au sublimé. La température retombe. L'ascension ne se fait guère attendre et l'état général devient excessivement mauvais. Hystérectomie vaginale. Mort.

A l'autopsie utérus à parois friables dans la partie gauche, près du fond il y avait un abcès : on voyait aussi un abcès dans la trompe et dans l'ovaire gauche. Celui-ci était du volume d'un œuf de poule. Les annexes à droite étaient seulement injectées. La cavité péritonéale contenait plusieurs drachmes de liquide séreux.

Aussi nous pensons que l'intervention doit être précoce lors de l'envahissement des annexes. A part les cas foudroyants dans lesquels la lésion de la trompe et de l'ovaire n'est qu'un épisode secondaire, il est indiqué d'agir rapidement avant que la septicémie ne continue de s'étendre. Sans doute l'intervention est grave, mais il faut s'y résoudre avant que la propagation de l'infection ne vienne la contre indiquer. Nous avons rencontré seulement trois cas dans lesquels on est intervenu au cours de la septicémie puerpérale pour lésions des annexes.

Une seule fois l'opération a été précoce ; la femme a guéri. Nous croyons qu'il faut préférer à l'hystérectomie vaginale la laparatomie qui montre mieux l'état des organes. Il est probable qu'il faudra toujours avec l'ablation des annexes, faire l'hystérectomie pour enlever la source de l'infection et pratiquer un vaste drainage.

2° L'infection peut aussi se porter entre les feuillets du ligament large déterminant le phlegmon du ligament large, et la voie suivie par le microbe a donné lieu à de nombreuses études. On pense aujourd'hui que la voie lymphatique est l'origine du phlegmon limité ;

tandis que les formes graves de l'infection puerpérale se propagent par les vaisseaux sanguins.

On voit encore assez fréquemment dans les maternités des phlegmons circonscrits du ligament large localisés dans l'un des culs-de-sac, audessus de l'arcade de Fallope ou dans le triangle de Scarpa. L'apparition de cette tuméfaction est accompagnée d'une vive douleur dans la fosse iliaque, de symptômes fébriles, souvent de vomissements. Ce phlegmon tend à s'ouvrir à l'extérieur ou dans une cavité, et il est bien évident que l'intervention par le vagin ou la paroi abdominale suivant le cas est toujours indiquée. Mais il y a loin de cette collection purulente évoluant comme tous les abcès, au phlegmon qui se développe au cours de la septicémie puerpérale aiguë. Comme la trompe, le ligament large n'est qu'un lieu de passage pour l'infection. Celle-ci se propage par les vaisseaux sanguins et l'étage supérieur du ligament large est le siège de phlébites et de thromboses qui constituent souvent la lésion principale. Le ligament lui-même est infiltré de pus ou d'œdème : parfois les collections n'ont pas le temps de s'établir. Cette forme de phlegmon est excessivement grave. Dans les deux observations que nous avons recueillies, l'intervention a été complètement inutile ; et d'après l'intensité des lésions, il semble que si le diagnostic de cette localisation infectieuse peut être établi, il est préférable de s'abstenir de toute tentative d'opération.

OBSERVATION XXVII (résumée). — Thomas, *Zeitschrift für geburtshulfe und gynakologie*, 1898, p. 398.

Accouchement à terme. Laparotomie par le professeur Freund au 8^e jour de l'infection. Pelvipéronile. Mort.

Accouchement à terme, délivrance artificielle. Le lendemain de l'accouchement la malade est prise de grands frissons qui continuent les jours suivants avec fièvre. L'utérus est gros, on sent par le toucher vaginal et le palper abdominal de la résistance et de la douleur à la base du ligament large. Laparotomie le 7^e jour. On voit une collection liquide dans le bassin. La trompe et le ligament large à gauche sont congestionnés et hypertrophiés, On voit des dépôts fibrineux dans la veine utéro-ovarienne gauche. La veine utéro-ovarienne droite contient une masse dure qui lui donne le volume du petit doigt. Hystérectomie ; mort.

A l'autopsie on trouve des thrombus dans les veines utéro-ovariennes, dans la veine cave, dans les artères pulmonaires. Thomas ajoute : « Quant aux indications de l'hystérectomie totale au début de la septicémie grave ainsi qu'on l'a proposée de divers côtés, on ne peut encore fixer de règles à ce sujet ». Cependant il regrette que dans le cas présent l'opération n'ait pas été faite plus tôt.

OBSERVATION XXVIII — Rochard, in *Société de chirurgie*, du 5 mars 1901. Séance du 27 février.

Infection puerpérale. Hystérectomie abdominale totale douze jours après l'accouchement. Mort.

M^{me} L.-B., trente-neuf ans, dix grossesses antérieures. Son

onzième accouchement débute le 23 avril 1900 à deux heures du soir et se termine le 24 à une heure vingt du matin.

Délivrance artificielle à cause de l'hémorragie et après la délivrance, grand lavage intra-utérin au permanganate de potasse (15 litres). Le placenta examiné est complet, sauf un peu de caduque.

26 avril. — 38 degrés. Lavage utérin, expulsion de quelques débris. Bronchite.

27 avril. — Même état : lavages utérins.

30 avril. — Lochies fétides. Premier frisson après l'injection intra-utérine. Température : 38°6.

1^{er} mai. — Grand frisson. Température : 39 degrés. On fait un premier curettage qui ramène de nombreux débris de caduque ; écouvillonnage à la teinture d'iode.

2, 3, 4 mai. — Lavages utérins toujours de 10 litres. La température s'est abaissée à 37 pour remonter à 39 degrés.

5 mai. — Température : 39°2. On fait un deuxième curettage et une irrigation intra-utérine continue pendant trois heures.

6 mai. — Irrigation intra-utérine continue pendant huit heures. Sérum artificiel 500 grammes. Sulfate de quinine 2 grammes. Température : 40 degrés.

7 mai. — Irrigation intra-utérine continue de 7 heures à 11 heures. Sérum artificiel, 1000 grammes. Sérum de Marmorek, 40 centimètres cubes. La malade est très faible, elle a presque constamment des menaces de syncope. Température : 39°8.

8 mai. — Même traitement. On fait des enveloppements froids à la malade qui a 40 degrés de température.

9 mai. — Je suis appelé et je trouve une malade avec sa connaissance, mais distinguant à peine les objets. Le ventre est ballonné. Le poulx est petit, fuyant. Je me décide à lui enlever

l'utérus, seule chance de salut qui lui reste. Opération douze jours après l'accouchement.

Hystérectomie abdominale totale. Procédé de gauche à droite. L'opération est très facile, menée très rapidement, en quelques minutes. l'utérus est enlevé et les pinces sont laissées sur les ligaments larges, la malade étant trop bas pour donner le temps de faire les ligatures. Drainage abdominal.

L'utérus sectionné présente une teinte grisâtre. La muqueuse est couverte de granulation très proéminentes et semée de taches rouges et noires. L'odeur de la cavité utérine est fétide. Il existe une phlébite des veines utérines, phlébite qui s'étendait aux ligaments larges.

10 mai. — La malade, malgré les injections de sérum, meurt dans l'après-midi.

Dans l'observation que nous allons relater de M. Picqué, on pouvait s'attendre à trouver cette sorte de phlegmon du ligament large. La femme présentait un état général mauvais, des vomissements continuels, une température de 40° et l'utérus était complètement immobilisé entre deux masses latérales. Cependant la malade guérit et l'examen des pièces révéla des abcès de l'utérus et du ligament large.

Cette observation nous montre qu'il peut exister au cours de l'infection puerpérale des lésions du ligament large multiples, curables cependant par la paratomie. Le succès qui a couronné la tentation hardie de M. Picqué rend légitime l'intervention puisque en tout cas la malade n'a guère de chance de guérir spontanément.

OBSERVATION XXIX. — L. Picqué, in *Société de chirurgie*
du 12 février 1901. Séance du 6 février.

Abcès multiples de l'utérus et du ligament large. Guérison.

Femme de 26 ans, entrée récemment à l'hôpital Bichat. Cinq accouchements, le dernier en novembre 1900, à la Maternité. Est sortie de la Maternité le onzième jour après avoir présenté une température de 40°.

Depuis ce moment, cette femme présente des douleurs abdominales vives et vomit presque constamment. C'est dans ces conditions qu'elle entre dans notre service.

L'examen démontre qu'il existe deux masses annexielles et que l'utérus est complètement immobilisé. Le ventre est légèrement ballonné. La température oscille entre 39 à 39°5. Nous nous décidons dès lors à intervenir d'urgence.

L'incision médiane nous permet d'arriver facilement sur l'utérus. De chaque côté, il existe une tumeur développée dans l'épaisseur du ligament large au dessus duquel on constate la trompe et l'ovaire macroscopiquement intacts. L'utérus est mou à la palpation et grisâtre.

En insinuant le doigt à travers une incision faite sur le feuillet postérieur du ligament large, on pénètre dans un foyer formé de points suppurés multiples.

On arrive facilement sur la paroi correspondante de l'utérus, très friable. La pression exercée à ce niveau fait sourdre du pus épais contenu dans la paroi même de l'utérus. Il s'agit donc d'abcès multiples de la paroi de l'utérus et du ligament large, probablement d'origine phlébitique ou lymphangitique.

J'insiste sur l'intégrité apparente de la trompe, fait intéres-

sant au point de vue de la pathogénie des collections purulentes péri-utérines.

L'hystérectomie est pratiquée par le procédé suivant :

Section en travers du ligament latéral gauche, ligature de l'utérine. Section supra-vaginale du col. Section du ligament latéral droit de bas en haut avec ligature de l'utérine en dernier lieu. Section antéro-postérieure de la portion restante du col pour permettre un large drainage (Mikulicz). J'insiste particulièrement sur l'extrême friabilité de l'utérus pendant ces manœuvres. La température a cédé immédiatement et la malade a guéri définitivement.

La cavité utérine est complètement vide et sa paroi est lisse. Il n'existe ni liquide, ni débris placentaires.

3^o La péritonite est fréquemment l'aboutissant de toutes les formes d'infection puerpérale.

Parfois, surtout à la suite de la tubo-ovarite, l'inflammation reste localisée au petit bassin, donnant alors naissance à la pelvi-péritonite. Celle-ci peut aussi exister d'emblée dans l'infection puerpérale : les avortements au quatrième mois exposeraient surtout, d'après Heitzmann (25), à cette complication. Elle est la forme la moins grave de l'infection du péritoine et se termine souvent par la résolution. De l'avis de tous les auteurs, il ne faut pas se presser d'intervenir en cette circonstance ; outre que le pus est susceptible de se résorber complètement, l'inflammation peut passer à l'état chronique. Mais cette terminaison favorable ne se produit pas toujours. Le pus enkysté a souvent une tendance à s'évacuer dans les organes voisins ou dans

le péritoine, et il est certain que la pelvi-péritonite d'origine puerpérale est d'un pronostic beaucoup plus grave que celle qui est consécutive à une salpyngite chronique réchauffée. Si les phénomènes généraux s'aggravent, si la température continue de s'élever, si la diarrhée s'établit, il faut intervenir le plus vite possible.

La laparotomie dans un état déjà très grave, dans un milieu tellement infecté, est d'un pronostic sombre. Elle conduit sur des organes méconnaissables, bridés par des adhérences, bloqués par des collections purulentes que l'on risque d'ouvrir dans la grande séreuse. Il suffit d'avoir assisté à l'extirpation de certaines salpyngites chroniques pour se rendre compte de la difficulté des manœuvres opératoires. Au cas d'infection puerpérale toute chance de succès réside dans la rapidité de l'intervention. Il semblerait *a priori* que la laparotomie soit contre-indiquée.

La colpotomie par la simplicité de son manuel opératoire est l'intervention à laquelle on songe naturellement quand le pus est collecté dans le cul-de-sac postérieur. Au cours de l'infection puerpérale elle est pourtant rarement indiquée. La cause utérine, la multiplicité des collections purulentes commandent presque toujours une intervention plus radicale. Segond qui recommande l'hystérectomie vaginale dans la pelvi-péritonite en dehors de l'état puerpéral, a repoussé cette opération (séance de la Société de chirurgie du 27 février 1901) au cours de l'infection puerpérale aiguë, à cause de la friabilité des tissus. Cette consi-

dération jointe à la difficulté de faire un diagnostic précis qui élimine les autres lésions, nous fait encore préférer l'intervention par l'abdomen.

Le processus peut envahir d'emblée la cavité péritonéale. L'infection est parfois si rapide que toute tentative opératoire est vaine ; et dans la septicémie puerpérale comme dans l'appendicite, les perforations viscérales, les cholecystites, la forme septique suraiguë de la péritonite n'est pas accessible au chirurgien, la scène étant dominée par les accidents d'intoxication générale. Moins rapidement mortelle, la péritonite suppurée peut être cependant d'une évolution très prompte, et dans certaines formes d'infection puerpérales les accidents péritonéaux se déclarent après quelques jours. Consécutive quelquefois à l'infection des ligaments larges ou des annexes, elle se propage le plus souvent surtout dans la forme précoce par les lymphatiques.

L'issue peut être considérée comme fatale à moins que la collection purulente ne s'enkyste, et encore même dans ce cas, la cavité péritonéale tout entière reste très exposée. On se souvient de l'émotion causée par les premiers succès de Bouilly, lors de sa communication au Congrès français de chirurgie en 1889. Depuis lors, malgré la gravité excessive de l'opération, plusieurs succès ont été enregistrés. Duffau-Lagarroose (16), dans sa thèse inaugurale soutenue à Bordeaux en 1893 a recueilli quelques cas de guérison. Nous relatons quelques observations de péritonite post-puerpérale dans lesquels on est intervenu depuis

1893. Sur les neuf cas il y a huit décès, mais on peut remarquer que plusieurs interventions ont été pratiquées tardivement, et que dans plusieurs cas le processus infectieux avait produit en même temps que la péritonite suppurée, des lésions de tout le système veineux (Pourtales) ou de l'appareil pulmonaire (Rochard, Faure). On a remarqué que l'opération avait d'autant plus de chances de réussir que la péritonite présentait plus de tendances à l'enkystement. A moins que la malade ne soit dans le collapsus, nous pensons qu'il est légitime de tenter par l'intervention une dernière chance de salut.

Dans les observations qui suivent, la technique opératoire a varié. Faure a fait deux fois l'hystérectomie vaginale ; Rochard a pratiqué une fois l'hystérectomie abdominale avec pédicule externe et une fois une simple laparotomie ; Braun, Vineberg, Peterson et Laphron Smith ont fait l'hystérectomie abdominale totale, et Pourtales l'amputation du col. Il est impossible de donner la préférence à l'un des procédés puisque le résultat opératoire a été le même. Peut-être dans ce cas *in extremis* est-il plutôt indiqué de pratiquer seulement la laparotomie pour évacuer le pus, et drainer la cavité péritonéale par la paroi et par le cul-de-sac postérieur. C'est la conduite suivie par Bouilly, par Raymond (de Limoges) par Segond et par d'autres encore. Bouilly insiste pour que l'incision soit petite (six centimètres, sous-ombilicale), l'opération rapidement exécutée : les grands lavages nettoient la cavité péritonéale. Ce point de technique n'est pas suivi par

nombre de chirurgiens qui craignent de propager par le courant d'eau l'infection. Cette simple laparotomie sans ablation d'organes est l'analogue de l'incision pratiquée dans l'opération de l'appendicite suppurée sans recherche de l'appendice.

OBSERVATION XXX (résumée). — R. Braun, *Centralblatt für Gynaekologie*, 1897, p. 1327.)

Péritonite septique, terminée par la mort, malgré l'hystérectomie abdominale. Pendant l'opération, on trouva un exsudat séro-purulent dans la cavité abdominale. Mort après 24 heures.

OBSERVATION XXXI (résumée). — R. Peterson (*Journal of American medical Association*, 1895, t. XXV, p. 268-271.)

Hystérectomie dans l'infection puerpérale. Mort.

L'auteur recommande de curetter l'utérus ; puis si les phénomènes ne s'améliorent pas dans les 18 heures qui suivent, de faire l'hystérectomie.

Avortement : curettage presque immédiat. La température monta malgré le curettage et les injections intra-utérines. Second curettage. Le lendemain la température reste à 104° F. et le pouls à 110. Hystérectomie abdominale. On trouve le péritoine et les intestins congestionnés. L'utérus est normal à part un peu de rougeur. Pas de shock, la septicémie continue. Mort.

A l'autopsie on trouve une péritonite purulente.

L'auteur regrette 1° d'avoir fait trop tard l'hystérectomie : il eut fallu la faire au lieu du 2° curetage ; 2° celui-ci était une faute ; 3° le premier curetage à la curette tranchante a été nuisible, dit-il, en ouvrant les sinus et les veines et en permettant aux microbes pathogènes de pénétrer dans la cavité utérine.

OBSERVATION XXXII (résumée). — Pourtales *Archiv. für gynakologie*, 1899, t. LVII, p. 53-56

Recherches sur l'infection puerpérale. Mort.

La femme avait eu un accouchement pénible et une hémorragie grave. Dès le lendemain, il y a une forte ascension de la température, de la distension de l'abdomen, de la rétention d'urine et une diarrhée considérable. La langue est sèche, la respiration fréquente, le ventre douloureux. L'examen des parties génitales révèle une déchirure du périnée, l'utérus gros et mou, une sécrétion fétide du col. Une irrigation utérine ramène du liquide purulent en abondance. La température restant à 39° et le pouls à 156, on fait la laparotomie et l'amputation du col. Mort le soir même.

A l'autopsie on trouve une déchirure du col, un foyer purulent sous péritonéal ayant fusé par cette perforation, de l'endométrite septique, des thromboses, des veines utéro-ovariennes et épigastriques à gauche et de la veine cave inférieure, un épanchement brunâtre derrière le péritoine viscéral, des lésions d'endocardite mitrale, de myocardite, de néphrite parenchymateuse.

OBSERVATION XXXIII (résumée). — Laphorn Smith
(*American journal of obstetrics*, 1892, t. I, p. 43-49).

*Un cas de péritonite puerpérale traitée par l'ampulation
de l'utérus. Mort.*

Le placenta était tellement adhérent que la délivrance artificielle ne put se faire en une fois. Elle ne fut jamais complète et bientôt la malade présenta 40° de température avec un état général grave. La laparotomie montra une congestion très prononcée du péritoine, de l'utérus et des annexes. On pratiqua l'hystérectomie abdominale et la malade meurt.

A l'examen on trouva les débris de placenta tellement adhérents à l'utérus que celui-ci se déchirait plutôt que de se séparer du placenta. Les parois utérines étaient molles et friables. La coupe laissait sortir un liquide séro purulent.

OBSERVATION XXXIV. — Rochard, *In Bulletins et mémoires de la Société de Chirurgie*, du 5 mars 1901, séance du 27 février.

 *Infection puerpérale. Salpingite et péritonite suppurées.
Laparotomie. Mort.*

M^{me} X..., ayant eu quatre grossesses antérieures avec quatre enfants vivants entre à l'hôpital le 2 juillet 1900. Elle aurait eu une hémorragie abondante il y a quelques jours. Une sage-femme appelée aurait trouvé le placenta au milieu de caillots sanguins. A son entrée, pas d'écoulement sanguin, pas de fôti-

dité. Col long perméable. Au toucher la malade accuse une douleur très vive.

3 juillet. — Température : 38 degrés. Ballonnement du ventre. Respiration pénible.

4 juillet. — Température : 37°9. Hoquets. Vomissements. Douleur du ventre à la palpation. Je vais voir la malade et je l'opère immédiatement. Laparotomie médiane sous ombilicale. A l'ouverture de l'abdomen, je tombe sur une péritonite suppurée et cloisonnée. Les anses intestinales adhérentes sont libérées, tout le petit bassin est rempli de pus contenu dans des poches qui sont successivement ouvertes. Le cul-de-sac de Douglas nettoyé et drainé ainsi que les deux hypocondres.

5 juillet. — Vomissements. Morphine. Injection de sérum. Température : 37°9.

9 juillet. — Température : 38°2. Les drains sont remplacés ; la suppuration est toujours abondante.

14 juillet. — Température : 39 degrés, la suppuration diminue, mais la malade ne se relève pas. Les drains sont maintenus.

25 juillet. — L'état de l'abdomen reste stationnaire, mais la malade commence à tousser.

3 août. — Broncho-pneumonie droite. Température : 39 degrés. La suppuration a beaucoup diminué.

10 août. — Etat stationnaire.

11 août. — La broncho-pneumonie s'aggrave et la malade succombe le 12 au matin à son affection pulmonaire.

OBSERVATION XXXV. — Rochard, *In Société de Chirurgie* du 5 mars 1901. Séance du 27 février.

Infection puerpérale. Hystérectomie abdominale à pédicule externe. Morl.

A. C..., cartonnière, trente-huit ans, entre à l'hôpital le 23 avril 1898.

Voici les renseignements qu'on nous a donnés. Présentation vicieuse oblique du tronc. Version impossible par manœuvres externes tentées le 24 avril.

25 avril. — Application d'un ballon de Champetier. La température monte de 37 à 39 degrés. L'anneau de Bandl est rétracté, empêchant le fœtus mort d'être expulsé. Odeur fétide.

26 avril. — Procidence d'un pied et d'une anse intestinale sphacelée. Chute de la température avec phénomènes adynamiques. Vomissements fécaloïdes. Une rupture utérine est diagnostiquée. On m'appelle auprès de la malade et je conseille la laparotomie que je pratique à onze heures du matin.

Laparotomie médiane sous-ombilicale. J'examine l'utérus et sa palpation me fait reconnaître qu'il n'existe pas de rupture. L'extraction du fœtus par le vagin est pratiquée et facilitée par des pressions que j'exerce directement sur l'utérus. L'intestin sphacélé qui avait fait penser à une rupture utérine est celui de l'enfant macéré.

Je constate une péritonite aiguë avec exsudats pseudo-membraneux dans le petit bassin. L'S iliaque est de plus fixé par d'anciennes adhérences à la face postérieure de l'utérus. En décollant ces adhérences je fais une légère déchirure que je

répare immédiatement, et, pour aller plus rapidement, je pratique une hystérectomie abdominale sus-vaginale avec pédicule extra péritonéal tenu par des broches. Cette extirpation se fait en quelques minutes. Le ventre est drainé par de gros drains et une mèche, et la paroi suturée en masse. La malade très épuisée au moment où je l'opérai, meurt en hypothermie à sept heures du soir, malgré les injections de sérum et de caféine.

OBSERVATION XXXVI. — Faure, *In Rapport* de Rochard à la Société de Chirurgie, séance du 27 mars. — *Bull. et Mém. de la Soc. de Chirurgie* du 2 avril 1901.

Le 18 novembre 1897, M^{me} Lec..., vingt-trois ans, entre à l'hôpital Laënnec en pleine infection puerpérale et dans un état très grave. L'accouchement remonte à quatre jours. La température est à 40 degrés ; le pouls est très mauvais, le ventre ballonné. Bref, la situation paraît désespérée.

Dans ces conditions, je pratique immédiatement une hystérectomie vaginale. Deux pinces à abaissement sont mises sur le col largement entr'ouvert. Après désinsertion circulaire du vagin et décollement de la vessie, j'incise la paroi antérieure de l'utérus sur la ligne médiane. Mais au moment de saisir les lèvres de l'incision avec des pinces à abaissement ordinaires, le tissu utérin se déchire. Il est impossible d'exercer sur lui la moindre traction. Je prends alors des pinces à kyste à larges plateaux avec lesquelles je saisis le tissu utérin. L'abaissement se fait alors avec la plus grande facilité.

Au moment où le fond de l'utérus apparaît à la vulve, une énorme quantité de pus, que j'évalue à au moins deux litres, fait issue par le vagin. Les ligaments larges sont saisis comme

de coutume avec des pinces à mors courts et l'utérus enlevé. L'opération a duré six minutes.

Large irrigation à l'eau bouillie, drainage et tamponnement avec des mèches de gaze iodoformée.

L'état de la malade n'est nullement modifié, ni en bien ni en mal, et elle meurt le 20 novembre, quarante-huit heures après.

A l'*autopsie* péritonite purulente généralisée, pleurésie et péricardite purulentes.

OBSERVATION XXXVII. — Faure. In *Rapport* de Rochard à la Société de Chirurgie, séance du 27 mars. — In *Bull. et Mém. de Soc. de Chirurgie* du 2 avril 1901.

Le 5 avril 1899, X... opérée *in extremis* cinq jours après l'accouchement. Cette observation est la répétition exacte de la précédente. L'emploi de pinces à kystes en guise de pinces à abaissement rend l'opération extrêmement simple. Comme dans le cas précédent, une très grande quantité de pus s'écoule après l'extirpation de l'utérus.

Mort le lendemain.

OBSERVATION XXXVIII, résumée. — H. N. Vineberg, *New-York medical Record*, 1898, I, p. 377 (n° du 20 mars), séance de l'Académie de Médecine de New-York du 24 février 1898.

Hysterectomie abdominale dans la fièvre puerpérale aiguë. Guérison.

Série de frissons. Le 18^e jour T. 103 F. P. 120. Débuts probables de péritonite. Curettage. On enlève beaucoup de

tissu placentaire. Lavages de l'utérus. Amélioration temporaire. Le lendemain l'état empire. Hystérectomie abdominale. La température tombe dès le lendemain. Dans l'utérus on trouve des débris noirâtres fétides et abondants quoique les injections fussent faites toutes les quatre heures. Le péritoine était épaissi, verdâtre ; les trompes et les ovaires étaient normaux. Guérison.

~~~~~



## CONCLUSIONS

---

1° — Il n'y a aucun traitement médicamenteux de l'infection puerpérale.

2° — Lors de l'apparition des symptômes fébriles, faire le curettage précoce suivi de drainage de l'utérus.

3° — Si la fièvre persiste ou si l'état général est grave d'emblée, appliquer immédiatement la réfrigération.

4° — Au cas de graves hémorragies, de grande dépression circulatoire, injecter du sérum artificiel.

5° — L'hystérectomie est indiquée dans deux cas.

a) S'il y a adhérences du placenta et friabilité de l'utérus empêchant l'involution de se faire ;

b) Si l'état général ne s'améliore pas sensiblement par le sérum et la réfrigération.

6° — La voie à suivre pour l'hystérectomie et la voie abdominale.

7° — Au cas de lésions péri-utérines la laparotomie permettra de se rendre compte des lésions et d'agir en conséquence.

Vu : Le Doyen, Vu : le Président.  
BROUARDEL. TERRIER.

Vu et permis d'imprimer :  
Le Vice-Recteur de l'Académie de Paris.  
GRÉARD.

## INDEX BIBLIOGRAPHIQUE

---

1. *Audebert*. — Thèse de Bordeaux, 1890.
2. *Bar et Tissier*. — Traitement de l'infection puerpérale par le sérum antistreptococcique.
3. *Barlon Cooke Hirst*. — Fièvre puerpérale traitée par le sérum antistreptococcique.
4. *Bonamy*. — De l'hystérectomie dans l'infection puerpérale aiguë. Thèse de Paris, 1899.
5. *Bouilly*. — Congrès français de chirurgie, 1889.
6. *Brehier*. — Quelques nouvelles observations d'infections puerpérales traitées par le froid. Thèse de Paris, juin 1899.
7. *Browne*. — De l'emploi de la curette comme moyen de diagnostic et de traitement.
8. *Bucaille*. — Des injections intra-utérine de sublimé au millième dans la prophylaxie des septicémies puerpérales. Thèse de Paris, 1900.
9. *Carpenter*. — Medical Record, New-York, 1896, I, p. 625 (2 mai).

10. *Carteret-Leonce*. -- De l'écouvillonnage préventif dans l'avortement. Paris, Rousset, 1900.
11. *Chabert*. — Traitement de la fièvre puerpérale par les bains froids. Thèse de Lyon, 1884.
12. *Davis*. — Fièvre puerpérale traitée par le sérum antistreptococcique. *Américan journal of obst. de* 1896.
13. *Delbet*. — In traité de chirurgie de Duplay et Reclus.
14. *Doleris*. — Du curettage comme méthode de traitement des complications de l'avortement. In Société d'obstétrique et de gynécologie du 11 mars 11 mars 1886.
15. — Conduite à tenir dans l'avortement, curettage et écouvillonnage de l'utérus. (Nouv. archiv. d'obst. et de gyn., 1886.)
16. *Duffau-Lagarroose*. — Thèse de Bordeaux, 1893.
17. *Durhssen*. — Danger du curettage après l'avortement. (Munch. Med. Woch., n° 29.)
18. *Feinberg* (de Saint-Péterbourg). — Y a-t-il lieu de supprimer la curette dans le traitement de l'avortement.
19. *Fieux*. — 1° Curettage répété dans l'infection puerpérale, Soc. d'obst. et de gyn. Bordeaux, mai 1897, p. 173.  
2° Gynécologie de 1898, p. 173.
20. *Fry*. — Infection puerpérale et sérothérapie. (Am. Journal of obst., septembre 1898.)
21. *Georghiu*. — Contribution à l'étude clinique du traitement de l'infection puerpérale. Thèse de Paris, 1900.
22. — *Gouzartschik*. — Drainage capillaire de l'utérus dans les endométrites post puerpérales. (Journ. d'obst. et de gyn., février 1898.)
23. *Guermonprez* (de Lille). — Hystérectomie abdominale totale.

(Communication à l'Académie de médecine de Paris, le 15 septembre 1891).

24. *Hamon*. — Traitement des complications de l'avortement. Thèse de Paris, 1896.
25. *Heitzmann*. — Die Entzündung des Beckenbauchfells beim Weibe, 1883, p. 84.
26. *Landouzy*. — « Sérothérapie ».
27. *Moses*. — Medical Record, 1884.
28. *Patru*. — Curettage dans les suites d'avortement. (Société de méd. de Genève, 10 janvier 1896.)
29. *Peterson*. — Journal of american medical association, 1895, p. 268-271, du t. XXV.
30. *Pichevin et Aug. Petit* (service de le Dentu). — Sur les abcès de l'utérus. De l'intervention dans certaines variétés de septicémies puerpérales.
31. *Picqué*. — Hystérectomie. Supravaginale suivie de succès. Communication à la Société de chirurgie, 6 février 1901.
32. *Pinard et Wallich*. — Traitement de l'infection puerpérale. (Paris, Steinheil, édit., 1896.)
33. *Playfair*. — P. 834. Traité d'accouchements. Traduct. Verneuil, 1879, et lecture. Brit. med. Journ, 17 novembre 1877.
34. *Pourtales*. — Archiv. für. gynäkologie, 1899 (t. LVII, p. 53-56).
35. *Price*. — (Journal of american medical association, 1895, t. XXV, p. 268). Discussion sur l'hystérectomie dans l'injection puerpérale.
36. *Prochownick*. — (Monatsch. f. u. gynäk., 1899).
36. *Pryor* (Wm. R.). — Puerpéral sepsis : its pathology and treatment. De l'hyst-rectomie dans la métrite puerpérale

- aigue compliquée d'accidents septicémiques (discussion)...
37. *Quenu*. — Société de chirurgie. (Séance du 6 mars). In bull. et mem. de la Société de chirurgie, du 12 mars 1901.
  38. *Ricard*. — Discussion à la Société de chirurgie, 1901.
  39. *Rochard*. — Séance du 27 février. Société de chirurgie, 1901.
  40. *Schrøeder*. — Manuel d'accouchements, traduct. de Charpentier, p. 639-694.
  41. *Segond*. — 1<sup>o</sup> Discussion. Société de chirurgie, 1901 ;  
2<sup>o</sup> In traité de chirurgie de Duplay et Reclus.
  42. *Sorel* (R.) et *Hamon*. — Du traitement des complications de l'avortement. Du curettage et de ses indications. Normandie médicale, 15 mars 1896.
  43. *Stinson*. — New-York medical record, 1877 (p. 203-207).
  44. *Tarnier* et *Budin*. — Traité d'accouchements (2 vol. 1886).
  45. *Terrier*. — Observation d'hystérectomie abdominale. Société de chirurgie. Séance du 6 mars 1901. In bull et mém. de la Société de chirurgie du 12 mars 1901.
  46. *Tuffier* et *Bonamy*. — De l'hystérectomie dans l'infection puerpérale. Revue de gynécologie, 1899, t. II, p. 572, août 1899.
  47. *Tuffier*. — Société de chirurgie, 1901.
  48. *Turenne* (de Montevideo). — Abscès de l'utérus, abcès du ligament large. Anal. in gynécologie de 1898, p. 105.
  49. *Wintrebert*. — De l'ablation de l'utérus dans les infections puerpérales. Thèse de Paris, 1895.



